UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1941 - N° 29

LES CANCERS DE LA PEAU

CHOIX DE LA THERAPEUTIQUE

(Utilité des Tests Histologiques)

(Travail du Laboratoire d'Anatomie - Pathologique

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Décembre 1941

PAR

FLOTTES PIERRE

Né le 15 Octobre 1913, à Alger

Externe des Hôpitaux - Préparateur à la Faculté

MEMBRES DU JURY :

MM. MONTPELLIER, Professeur d'Anatomie Pathothologique ..... **Président**

RAYNAUD, Professeur de Clinique des Maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées..... **Juges**

FERRARI, Professeur de Médecine Opératoire.

LAFFARGUES, Chargé des Fonctions d'Agrégé.

ALGER
IMPRIMERIE GENERALE
14, RUE GERICAULT
1941

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542710_0037

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
Année 1941 - N° 29

LES CANCERS DE LA PEAU

CHOIX DE LA THERAPEUTIQUE

(Utilité des Tests Histologiques)

(Travail du Laboratoire d'Anatomie - Pathologique

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Décembre 1941

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

FLOTTES PIERRE

Né le 15 Octobre 1913, à Alger

Externe des Hôpitaux - Préparateur à la Faculté

MEMBRES DU JURY :

MM. **MONTPELLIER,** Professeur d'Anatomie Pathothologique . . . . . **Président**

RAYNAUD, Professeur de Clinique des Maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées . . . . . **Juges**

FERRARI, Professeur de Médecine Opératoire.

LAFFARGUES, Chargé des Fonctions d'Agrégé.

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBON (O. ✻, ⚜, I. ⚜)
Doyen honoraire	LEBLANC, ✻, ⚜, I. ⚜)
Assesseur	CABANES, ✻, ⚜, I. ⚜)

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. AUBRY (O. ✻, ⚜, I. ⚜)
Histologie et Embryologie	BENOIT (✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique gynécologique	CABANES (✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI, O. ✻, ⚜, I. ⚜)
Chimie biologique et médicale	ETTORI (A. ⚜)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (I. ⚜, ✻)
Hygiène, hydrologie et climatologie	GIBERTON (A. ⚜)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (O. ✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique thérapeutique médicale	LEBON (O. ✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOMBARD (✻, ⚜, I. ⚜)
Anatomie pathologique	MONTPELLIER (I. ⚜)
Pharmacie	MUSSO (✻, I. ⚜)
Clinique psychiâtrique	POROT (I. ⚜)
Physique médicale	PORTES (✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚜, I. ⚜)
Anatomie	DE RIBET (✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique médicale et hygiène infantile	SARROUY (✻, ⚜)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (✻, ⚜, I. ⚜)
Clinique ophtalmologique	TOULANT (✻, ⚜, I. ⚜)
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚜, I. ⚜)
Médecine légale	N...
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N...
Bactériologie	N...

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✻, ⚜, I. ⚜) — M. LEBLANC (✻, ⚜, I. ⚜)
M. COURRIER (✻, ⚜, I. ⚜) — M. WEBER (✻, ⚜, I. ⚜)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. HOUEL (✻, ⚜, I. ⚜), agrégé pérennisé (Obstétrique)
M. FERRARI (✻, I. ⚜), agrégé (Chirurgie)

AGREGES

Accouchements	MM. JAHIER.
Anatomie	N...
Anatomie pathologique	N...
Chimie médicale	N...
Chirurgie	CURTILLET. GOINARD. SABADINI (A. ⚜).
Histoire naturelle pharmaceutique	ROQUES (A. ⚜).
Histologie	KEHL.
Médecine	LACROIX (A. ⚜). THIODET (⚜). N...
Pharmacie	MONNET.
Physiologie	N...

AGREGES LIBRES

Physiologie	MM. BATTEZ.
Chirurgie	DUBOUCHER (I. ⚜).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En gage de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

Affectueusement.

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PRÉSIDENT J. MONTPELLIER

Professeur d'Anatomie-Pathologique

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Faible témoignage de la reconnaissance que nous lui avons vouée pour nous avoir attaché comme préparateur à son laboratoire.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond dévouement et de notre sincère et respectueuse affection.

A Messieurs les Professeurs, Membres de notre Jury

Monsieur le Professeur M. RAYNAUD

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

Nous n'oublierons pas l'accueil qu'il nous a réservé dans son service, son extrême bienveillance et son précieux enseignement.

Monsieur le Professeur F. FERRARI

Au Maître et à l'ami de notre famille, qui nous a honoré de son amitié, prodigué conseils et encouragements, nous devons une infinie reconnaissance et l'assurons de notre respectueuse affection.

Monsieur le Docteur P. LAFFARGUE

Chargé des Fonctions d'Agrégé

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter d'être parmi nos juges et l'assurons de notre sincère amitié.

A mes Maitres, A mes Amis

de la Faculté et de l'Hopital

INTRODUCTION

Il y a longtemps que la Clinique a montré l'extrême diversité évolutive des Cancers.

Ce qui est vrai pour la Cancérose en général, ne l'est pas moins pour les Cancers de la Peau ; ceux-ci se présentent avec des caractères évolutifs multiples, au surplus leur avenir, ou plus exactement l'avenir du malade, se trouve en conséquence très variable.

C'est donc un fait de constatation évidente que celui qui nous oblige à nuancer notre pronostic en face de chaque cas d'espèce. L'un va demander seulement quelques années, voir quelques mois, pour s'étendre, essaimer à distance et entraîner la mort ; l'autre lent, torpide, nous aimerions dire presque innocent, va mettre vingt, trente ans et plus pour creuser in situ et finalement ne menacera jamais l'organisme de généralisation ni même de métastases régionales.

C'est là un premier point que l'on oublie peut-être trop en pratique et qui cependant s'impose à l'observation la plus sommaire.

Il est un deuxième fait qui n'est pas moins important c'est l'inconstance de la vulnérabilité aux méthodes thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui. Tel épithélioma guérira à l'aide de n'importe quel traitement, fût-il même d'une imperfection notoire. Tel autre exigera un choix beaucoup plus précis, plus vigoureux et plus méthodique.

Pour certains, la Radiothérapie fait merveille, pour d'autres les irradiations sont inopérantes, peut-être même aggravantes.

Et, en définitive, qu'il s'agisse de pronostic, qu'il s'agisse du choix de la thérapeutique, il importe au premer chef que le praticien, non seulement diagnostique la nature cancéreuse de la lésion, mais précise les modalités et les aptitudes évolutives que ce cancer en cours est appelé à suivre.

Est-ce l'examen clinique qui va, dans tous les cas, nous préciser ces aptitudes variées ?

Certes, l'appréciation très exacte du développement

de la tumeur, associé à ce qu'a pu apprendre l'expérience, peut déjà autoriser assez souvent un œil expert à tirer des conclusions relativement précises. Mais combien de cas nécessiteront des investigations plus complètes, et c'est ici que doit intervenir l'étude histologique de la tumeur.

C'est cette étude qui, en précisant les dispositifs architectoniques, les caractères cytologiques, les variations du stroma, etc..., permettra d'apporter telle ou telle précision sur l'aptitude, c'est-à-dire l'avenir pronostic de la tumeur et aussi sur sa vulnérabilité.

Ces tests histologiques sont donc essentiels en dernière analyse. Ils ne permettent pas seulement de confirmer globalement un diagnostic de cancer que la Clinique avance, mais ils sont autant d'arguments qui plaident très nettement pour le degré de malignité de la tumeur et pour le choix du meilleur moyen qu'il y a lieu de lui opposer.

*
* *

C'est cette collaboration entre la Clinique et le Laboratoire, mieux, cette obligation qu'a la Clinique de faire appel à l'Histologie, que nous avons pensé souligner dans le travail que nous présentons ici.

Nous envisageons successivement :

— **dans le Chapitre I,** les Epithéliomas,

— **dans le Chapitre II,** les Epithéliomas des Annexes,

— **dans le Chapitre III,** les Sarcomes.

— **dans le Chapitre IV,** les Mélanomes malins et les Schwannomes.

Nos conclusions rassemblent les principaux faits qui se dégagent de cette étude.

Nous n'avons pas la prétention de présenter dans ce travail une œuvre essentiellement originale.

Notre désir a été de faire le point et de rassembler tout ce qui pouvait être utile au praticien dans la lutte qu'il a à mener contre la Cancérose.

CHAPITRE I

LES EPITHELIOMAS

Les Epithéliomas cutanés sont des tumeurs très fréquentes, évoluant suivant des aptitudes, des modalités très diverses et complexes. Il résulte de ce fait que leur classification **clinique** est assez malaisée.

Du point de vue structurale, même variété ; cependant, ces néoplasies, dues à une prolifération de l'épiderme et de ses annexes, répondent à des types histologiques parfaitement définis.

Leur **étude microscopique** permet de les classer aisément et pour peu que l'on associe au cadre morphologique certaines données évolutives et cliniques, cette classification n'a rien de trop schématique. Bien mieux, elle est un guide précieux du pronostic et du choix de la thérapeutique.

Ainsi d'ailleurs que ceux des autres organes, les Epithéliomas de la peau poursuivent généralement de bout en bout leur évolution, en se tenant fixés dans un dispositif et une morphologie cellulaires déterminés dès le tout début.

Certains sont constitués par des éléments figurés qui évoluent peut-on dire normalement et subissent l'évolution maturative jusques et y compris la kératinisation. D'autres conservent leurs cellules figées dans un type jeune, indifférencié. D'autres encore subissent des déviations évolutives naturelles ou inattendues. De là, ces morphologies franchement distinctes qui permettent de tracer facilement un cadre histologique parfaitement défini.

Les tests histologiques offrent donc une grande importance nosologique. Et cette importance n'est pas moins grande pour le côté pratique de ces épithéliomes. Ceux-ci, en effet, ne se comportent pas identiquement. Les uns, par exemple, débutent par un papillone corné qui, très rapidement, s'ulcère, tandis que la tumeur gagne en profondeur envahissant bientôt les ganglions régionaux. Les autres évoluent avec une extrême lenteur, demeurent tout en surface et ne se propagent pas à distance.

Cette diversité intéresse donc au premier chef le pronostic. Elle a aussi sa réplique dans le domaine de la thérapeutique. Les épithéliomes spino-cellulaires

par exemple sont graves parce que peu radio-sensibles et récidivants. Les épithéliomes baso-cellulaires, par contre, sont moins immédiatement graves, parce que très radio-sensibles et, d'une façon générale, infiniment plus vulnérables aux thérapeutiques courantes.

Les tests histologiques s'appuieront sur la diversité d'architecture et de structure, l'index mitotique, éventuellement les caractères physiologiques, la nature du stroma, en général peu abondant pour les spino-cellulaires, souvent fibreux, parfois embryonnaire ou muqueux pour les baso-cellulaires et en définitive sur toutes les nuances histo-physiologiques que peut revêtir la néoplasie.

Les Epithéliomas des Annexes nous montreront les formes inattendues que peuvent revêtir les cancers de la peau qui, en certains cas, prennent leur origine au niveau de l'Appareil Pilo-Sébacé.

Nous examinerons successivement :

A) les Epithéliomas dits baso-cellulaires ;

B) les Epithéliomas spino-cellulaires ;

C) les Epithéliomas métatypiques ou intermédiaires ;

D) les Epithéliomas de types spéciaux.

A) LES EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES

a) **Rappel Clinique :**

Le cancer baso-cellulaire s'observe rarement sur les muqueuses ; par contre, il est fréquent sur les téguments.

C'est, comme l'a dit DARIER, « l'épithélioma vulgaire de la face des vieillards ». Il est plutôt commun sur les deux tiers supérieurs du visage où les quatre cinquièmes des épithéliomas offrent ce type.

Ses caractéristiques essentielles sont :

— une évolution très lente qui se chiffre par 10,20 ans et plus ;

— une malignité réduite et strictement locale ; l'absence de métastases ganglionnaires ou autres ;

— enfin, une radio-sensibilité très grande et plus

généralement une vulnérabilité remarquable à toutes les thérapeutiques.

Les modes de début sont intéressants à connaître. Cela permet d'intervenir précocement et d'user d'une thérapeutique facile et minime.

Parmi ces modes de début, signalons les plus courants :

— un kératome sénile jusqu'ici torpide, lisse et anodin, s'indure légèrement, s'épaissit, se craquelle, s'érode et même s'ulcère ;

— une ou plusieurs petites perles dermiques semi-transparentes, grisâtres, s'unissant volontiers en cordons arciformes ;

— une papule rosée, squameuse ou pas ;

— une érosion arrondie persistante, rouge et lisse, en « coup d'ongle ».

b) **Rappel Histologique :**

Histologiquement, le tissu tumoral est disposé en cordons et îlots, parfois en travées fines et éventuellement réticulées.

Les cellules néoplastiques sont petites et ressemblent grossièrement aux cellules basales de l'épiderme, d'où cette appellation, d'ailleurs fortement critiquée aujourd'hui, « d'épithélioma baso-cellulaire ». Elles sont tassées, hyperchromatiques, n'offrant aucune tendance à la maturation malpighienne et à l'évolution épidermoïde ; de ce point de vue, ce sont des épithéliomas indifférenciés.

Parfois ovales, fusiformes, agencés en faisceaux, les éléments rappellent la morphologie musculaire ou fibroblastique (épithélioma fuso-cellulaire).

Dans d'autres cas, une dislocation apparaît parmi les cordons et îlots, par suite de la sécrétion d'une substance plus ou moins riche en mucus, qui se dépose entre les cellules, ébauchant un aspect cylindromatoïde pouvant aboutir au cylindrome vrai.

Signalons enfin une fonte possible du centre des cordons et travées. Le dispositif « en tubes » est alors amorcé et a paru justifier naguère cette appellation d'épithélioma cutané « tubulé » dont on a longtemps abusé.

Il arrive que du pigment mélanique abonde, simu-

lant cliniquement un mélanome (tumeur noire, faux mélanome).

Dans la plupart des cas, l'Index mitotique est relativement élevé ; les mitoses restent normales et les monstruosités nucléo-protoplasmiques rares.

c) **Pronostic :**

Un monde sépare l'Epithéliome baso-cellulaire de l'Epithéliome spino-cellulaire. Rien ne fait mieux sentir la diversité évolutive du cancer.

Le premier est de gravité fort réduite en ce sens qu'il évolue avec une extrême lenteur (10,20 ans et plus) et qu'il n'essaime pas. A la longue, il peut cependant mutiler et acquérir de ce fait une gravité évidente.

D'autre part, il est fort tolérant. Rien ne l'aggrave et pris à temps il obéit remarquablement à toute thérapeutique cancérologique.

d) **Thérapeutique :**

On conçoit que le choix des moyens thérapeutiques possibles obéisse avant tout à l'importance du développement local. Un épithélioma baso-cellulaire au début, de ce point de vue, n'exige pas la même discrimination qu'à sa phase lointaine de mutilation.

Nous envisagerons donc séparément :

1) les épithéliomas à leur tout début ;

2) les épithéliomas déjà évolués, c'est-à-dire ayant atteint de grandes dimensions et ayant mutilé en profondeur.

I. EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES AU DEBUT

Leur destruction est aisée, et l'on peut utiliser assez indifféremment, au gré des commodités, l'un des procédés suivants :

(a) **Thermocautérisation :**

Le **thermocautère** ou même le **galvanocautère,** sans trop dépasser les limites de la tumeur, en surface et en profondeur, donnent d'excellents résultats. Le galvanocautère notamment manié doucement et par petits coups successifs est parfaitement tolérable et ne nécessite pas d'anesthésie locale.

(b) **Cautérisation chimique :**

Certains **caustiques chimiques** ont été beaucoup utilisés, tel l'acide arsénieux, soit en pâte, soit en liquide.

On brûle au cautère et l'on fait des attouchements à l'aide de la solution suivante :

Acide arsénieux	1 gr.
Eau	50 grs
Alcool	50 grs

On laisse sécher et au bout de 5 à 6 jours on fait sauter la croûte qui s'est formée ; si le traitement a été suffisant, la surface sous-jacente est blanche, sinon, le traitement est à recommencer.

FARBER, utilisant la méthode de RAVOGLI, a obtenu de nombreux succès : après curettage, il appliquait un liquide à base de formaline et de lysol, à parties égales, avec de la liqueur de fer sesquichloré à 1,5 %, en quantité deux fois moindre que les substances précédentes.

Si cette méthode de cautérisation chimique apparaît vieillotte et périmée, elle n'en reste pas moins utilisable en l'absence de toute autre possibilité.

(c) **Cryothérapie :**

L'action locale du froid permet de détruire certaines néoplasies baso-cellulaires, à la condition qu'elles soient superficielles et peu infiltrantes. Les applications du cryautère seront assez longues et appuyées, dépassant nettement la lésion, poursuivies durant 50 secondes à 1 minute, sous une pression de 1 kg. à 1 kg. 500.

Le froid est un des agents qui ménage le mieux l'esthétique en donnant une belle cicatrice, méthode facile et parfaitement recommandable pour les épithéliomas particulièrement superficiels et à leur début.

(d) **Electro-coagulation :**

Sous forme d'un étincelage silencieux assez intense, cette méthode compte 91 % de succès au dire des auteurs.

Il est incontestable que ce procédé peut suffire pour un épithélioma très superficiel et à son tout début, de

même qu'il fait merveille dans l'acné sébacée concrète, état précancéreux commun. Mais il n'est plus de mise à partir du moment où le processus envahit toute l'épaisseur du derme.

La **Diathermo-coagulation,** selon NEW et HAVENS, peut, lorsque les radiations n'ont pas donné le résultat espéré, utilement détruire les différents foyers néoplastiques, le délabrement inesthétique n'ayant dans ce cas aucune importance. C'est là une méthode précieuse de beaucoup préférable à l'exérèse chirurgicale. Elle peut surtout être employée d'emblée concurremment avec les radiations, soit les précédant, soit complétant leur action.

(e) **Electrolyse :**

L'Electrolyse compte aussi à son actif de beaux succès dans ces mêmes formes peu développées.

(f) **Radiothérapie :**

Certains auteurs, et en particulier SCHREINER et WENDE, estiment que les **Rayons X** sont le traitement de choix des cancers baso-cellulaires ; suivant l'épaisseur de la lésion, les rayons seront appliqués à une dose équivalant à la dose érythème ou légèrement dépassée.

ARCHAMBAULT et MARIN, après curettage sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle, font immédiatement une application massive de rayons X.

L'irradiation en une seule séance est généralement adoptée pour les cancers de petites dimensions. Elle doit être massive, d'un millier d'R environ, ne risquant pas de produire des lésions de radio-nécrose, permettant enfin, en cas d'échec, une nouvelle intervention.

MIESCHER a ainsi obtenu 93 % de guérisons.

GATE, CUILLERET signalent de même l'efficacité à peu près certaine du traitement radiothérapique.

En somme, la radiothérapie est une méthode d'efficacité remarquable. On ne saurait trop la recommander, encore que certaines conditions d'ordre paramédical s'y opposent dans certains milieux.

(g) **Curiethérapie :**

Le Radium sera utilisé sous des incidences différentes variant avec la forme considérée. Schématiquement, la Radiumthérapie devra viser à détruire rapidement toute la masse néoplasique pour éviter les phénomènes de radio-résistance.

Il faudra agir vite et fort : vite, mais sans exagération, le traitement durant 6 à 8 jours, évitant ainsi la radiodermite ; **fort,** la dose atteignant souvent le stade de radio-épidermite de REGAUD, sans le dépasser toutefois.

(h) **Exérése chirurgicale :**

Elle peut intervenir efficacement, même après échec radiothérapique dans la plupart des cas. Certaines topographies invitent cependant à la rejeter d'emblée (pavillon de l'oreille, aile du nez, etc...). HAUTANT et MONOD estiment qu'elle peut donner de très bons résultats à condition que l'intervention soit large, sans considération esthétique.

Les auteurs repoussent l'action combinée des irradiations et de la chirurgie, les tissus antérieurement irradiés devenant beaucoup trop fragiles.

(i) **Chirurgie diathermique :**

C'est aussi une méthode de choix. NEW et HAVENS, BORDREI l'ont utilisée pour la destruction de petits placards épithéliomateux.

II. EPITHELIOMAS A LA PERIODE D'ETAT ET DE GRANDES DIMENSIONS

Lorsque ces cancers ont été trop longtemps abandonnés à eux-mêmes et qu'ils ont pris une extension en surface et en profondeur considérable, on conçoit que tous les moyens soient employés au gré des commodités. C'est ainsi que pour VECCHI, le traitement chirurgical n'interviendra que pour supprimer les adénopathies métastatiques, rares, du reste, la base du traitement restant toujours exclusivement radiothérapique.

Les « petits moyens » ne sauraient être retenus. La

thérapeutique de choix sera la radio ou la radiumthérapie. Le fait que ces néoplasies ne métastasient pas permettra au surplus de les reprendre.

(a) **Radiothérapie :**

BELOT a vu parfaitement guérir ce genre d'épithélioma par la radiothérapie peu pénétrante, précédée de curettage.

MIESLER, utilisant la roentgenthérapie, tout d'abord à doses fractionnées, excise ensuite au bistouri ou à l'électrocoagulation les foyers d'induration qui persistent.

Les irradiations roentgenthérapiques lui ont donné d'aussi bons résultats que les irradiations radiumthérapiques. Ces deux procédés se valent donc.

Lorsque les lésions sont déjà plus profondes, la radiothérapie sans filtration peut donner aussi de bons résultats. COSTE a traité en une seule séance de cette façon des épithéliomas du nez qui, quoique réduits, avaient déjà touché le cartilage.

La Radiothérapie n'a donc pas à faire appel à la Chirurgie, dont l'intervention est considérée par certains comme indispensable.

Cet auteur signale, enfin, la possibilité d'un traitement radiothérapique malgré des irradiations antérieures, considérées comme défavorables.

La preuve est donc faite de l'efficacité remarquable des rayons X sur ces épithéliomas baso-cellulaires mutilants.

(b) **Radiumthérapie :**

La Curiethérapie n'est pas moins heureuse. Les échecs dans le traitement des grands épithéliomas sont dus, pour BERARD et CREYSSEL, à une technique inopportune. MEYER confirme la chose et il en rend responsables les petits traitements insuffisants, palliatifs, répétés au hasard pendant des mois.

Il faudra donc éviter, en cas de récidives, une nouvelle irradiation de la lésion. Dans des cas exceptionnels, après application sans résultat de Rayons X, on pourra cependant avoir recours au radium.

En temps ordinaire, son application sera toujours

précédé d'une exérèse large, détruisant la tumeur en totalité, ce qui est rendu difficile lorsque celle-ci siège au niveau du cartilage ou de l'os.

(c) **Exérèse chirurgicale**

Le cancéreux pourra être traité chirurgicalement lorsque la radio ou la radiumthérapie appliquées au début auront insuffisamment agis.

Les interventions sur les récidives devront dépasser les lésions en surface et en profondeur. Elles devront être guidées par des règles précises. L'os ou le cartilage seront réséqués avec la tumeur lorsqu'ils seront envahis par celle-ci.

Le traitement des cancers baso-cellulaires peut donc utiliser deux sortes de moyens :

— Les petits moyens : caustiques chimiques,
caustiques physiques (thermo ou galvanocautère),
cryothérapie,
diathermie (étincelage ou coagulation) ;

— Les grands moyens : électrocoagulation,
exérèse chirurgicale,
radiothérapie,
radiumthérapie.

Ces moyens sont utilisés au gré des convenances, mais souvent aussi électivement choisies.

(e) **Différents types :**

Voyons maintenant les différentes formes cliniques de ces épithéliomas baso-cellulaires et les thérapeutiques qui leur sont plus particulièrement appropriées.

1) **Epithélioma plan cicatriciel**
(Epithélioma de BESNIER) :

L'élément primitif de ce néoplasme est souvent une minuscule élevure : « la perle épithéliomateuse » qui peut s'étaler et s'ulcérer en son centre superficiellement, sans gêner beaucoup le malade, ou devenir plongeante et provoquer d'énormes et horribles muti-

lations, à la suite d'un traumatisme, d'une cautérisation ou d'une irradiation insuffisante.

Le processus s'étale en tache d'huile, irrégulièrement, suivant une bordure où des « perles » agglutinées constituent une sorte de cordon, de « fil de fer » plus ou moins moniliforme ou régulier.

Cet épithélioma tout de surface guérit en général assez facilement par les rayons, la diathermocoagulation ou par le galvano-cautère, au besoin après curetage. Cependant, la tendance aux récidives après une guérison apparente est assez marquée ; cela sans doute du fait de la thérapeutique insuffisante ou timide.

Ces récidives, pas plus que la lésion initiale ne sont pas d'un mauvais pronostic. Elles doivent être détruites par diathermo-coagulation, surtout lorsque la lésion primitive a été traitée sans grand succès par le radium ou les rayons X.

2) **Epithélioma pagétoïde superficiel :**

Il n'y a pas ici d'ulcération très apparente, les petites masses épithéliomateuses plus ou moins espacées se cantonnant dans le corps popillaire ; le revêtement épidermique n'est pas détruit, il n'y a pas de cicatrice, tout au plus une érosion légère du corps muqueux due à une mauvaise kératinisation.

La stroma-réaction est minime.

La lésion se présente sous l'aspect d'un placard rosé, à contours nets, des squamules grisâtres et des croûtelettes en parsemant la surface, tout comme sur le placard de la maladie de PAGET.

A bords nets, cet épithélioma peut être imparfaitement entouré d'un ourlet de perles minuscules. Son évolution est très lente, les métastases sont absentes. Le pronostic bénin.

La Radiothérapie ou la diathermo-coagulation donnent d'excellents résultats.

3) **Epithélioma térébrant :**

Il peut apparaître d'emblée ou être l'aboutissant des deux formes précédentes. Alors que l'épithélioma pagétoïde avait tendance à se développer en surface, l'épithélioma térébrant baso-cellulaire progresse en

profondeur, infiltrant le derme, l'hypoderme, sans être arrêté par le plan musculo-aponévrotique et le squelette.

A la suite d'une intervention thérapeutique irritante, ou d'un traumatisme, de véritables cratères peuvent se former, cratères à surface rouge, granuleuse, dont les bords taillés à pic sont renflés en bourrelets mamelonnés.

Il n'y a cependant pas de métastases ni d'engorgements ganglionnaires, malgré la malignité locale de cette forme.

Ces cancers doivent être largement électro-coagulés. La radiothérapie filtrée conduit aussi à de parfaits résultats. Le radium sera utilisé plutôt en appareil de surface qu'en aiguillage, comme l'ont montré BERARD et DUNET pour les épithéliomas étendus.

Lorsque le squelette et le cartillage sont envahis, on aura recours à l'exérèse chirurgicale large, associée à la curiethérapie complémentaire appliquée en surface, l'appareil étant éloigné de 4 à 5 cm. du foyer opératoire de façon à agir sur les éléments résiduels profonds.

4) Ulcus rodens :

C'est une ulcération creuse, entamant tout le derme, à base et à bords légèrement indurés, sans bourrelet perlé périphérique, et qui évolue le plus souvent avec une extrême lenteur.

L'ulcus siège à la face ou à la nuque ; parfois sur le cuir chevelu des sujets ayant dépassé la quarantaine.

Les examens histologiques mettent en évidence quelques boyaux épithéliomateux baso-cellulaires ; plus rarement, ces derniers sont formés par des cellules intermédiaires ne manifestant aucune tendance à la kératinisation.

Le stroma est abondant, riche en cellules conjonctives. Une sclérose intense enserre et morcelle les boyaux épithéliomateux. L'importance de la réaction fibreuse explique sans doute la marche très lente de ce néoplasme.

Le pronostic dépend du moment de l''intervention. Au début, il peut être détruit comme n'importe quel

cancer baso-cellulaire ; mais lorsque les délabrements sont importants, la diathermo-coagulation et la radiothérapie combinée à la chirurgie plastique pourront être utilement employées dns ce cancer non métastasiant, à malignité toujours locale.

5) **Epithélioma baso-cellulaire bourgeonnant et kystique :**

C'est une véritable tumeur souvent pédiculée, brunâtre, légèrement transparente, à surface exulcérée, suintante, d'un rouge violacé.

Ce bourgeonnement peut apparaître sur un épithélioma plan perlé, à la suite d'irritations ou de tentatives thérapeutiques irritantes et injustifiées.

Au microscope, on note des tubes épais, tassés et de véritables kystes, une production épithéliale allant de pair avec le processus de dégénérescence qui creuse largement.

La diathermo-coagulation est tout à fait indiquée.

6) **Cylindrome :**

Ce sont des tumeurs souvent réduites de volume, de taille variable, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une petite noisette, demi-translucides, au début, pouvant devenir multiples et dures.

De coloration tantôt blanchâtre, tantôt rosée, finement vascularisées à la surface, elles siègent le plus souvent à la face ou au cuir chevelu et s'observent rarement ailleurs. Leur évolution est lente. KEMPERS en signale un cas durant depuis 13 ans sans qu'aucune métastase ne se soit produite. NICOLAS, MASSIA et ROUSSET ont relaté une observation de cylindrome de la face et du cuir chevelu, évoluant depuis 17 ans.

Certains auteurs, GUIDA en particulier, les considèrent donc comme ayant une bénignité relative, sans aucune tendance aux récidives. En fait, l'épithélioma cylindromateux s'il n'a que peu de propension à l'essaimage, récidive volontiers sur place. (Cas de MONTPELLIER et DUBOUCHER).

L'étude microscopique montre un tissu néoplasique

repoussant, sans l'altérer, le tissu environnant. Les travées épithéliomateuses, constituant des tubes creusés, parcourent le derme, le divisant en de nombreuses loges, à contours irréguliers plus ou moins volumineuses.

SZMURLO, sur 8 cas évoluant depuis 2 à 3 ans en moyenne, certains depuis 17 ans, d'autres depuis 19 ans, a montré la présence d'une dégénérescence muqueuse à la périphérie des cordons et de fines fibrilles de substance intercellulaire groupées à la limite du tissu sain et des amas néoplasiques.

Ces faisceaux fibreux dermiques isolent des cavités, les entourant d'une sorte de capsule. Le derme paraît intact, l'épiderme n'est pas intéressé. Quelques capillaires très dilatés traversent le corps papillaire.

La tumeur proprement dite présente deux aspects différents :

— au niveau des petites alvéoles, ce sont des cellules à noyaux volumineux, groupées en amas, sans substance intercellulaire ;

— dans les loges, les cellules sont irrégulièrement disposées, circonscrivant des espaces plus ou moins arrondis, contenant une masse hyaline dégénérative, qui tend à étouffer les éléments épithéliaux.

Au fort grossissement, les éléments cellulaires des amas néoplastiques présentent à la périphérie une disposition palissadique sur une membrane anhyste limitant la cavité.

Au centre, les cellules sont plus ou moins ordonnées autour d'une cavité centrale, donnant ainsi l'aspect glandulaire.

On trouve enfin des cellules de type conjonctif, donnant souvent à ces épithéliomas un aspect sarcomateux, plus fréquent pour certains, que l'aspect glandulaire.

Les différentes formations histologiques de ces tumeurs proviendraient, pour PICCO, de la métaplasie de l'épithélium.

Les éléments du stroma n'ont qu'une importance accessoire.

L'origine glandulaire, pour LEMAITRE, ne fait aucun doute ; du point de vue histogénétique, en effet, le cylindrome provient de l'épithélium de revêtement ou des annexes de la peau, et il est logique de penser que les formes métastasiantes, très rares du reste, sont d'origine glandulaire, sudoripare ou sébacée.

Le **pronostic** est variable, aggravé par la cylindromatisation. Il est bénin au stade où la tumeur est petite, demi-translucide, devenant plus sérieux lorsque la tumeur prend l'aspect d'un masse dure, volumineuse et ulcérée.

Le **traitement,** pour LEMAITRE, TRANIA et IUTHORN, est exclusivement chirurgical.

L'exérèse doit être précoce, complète, suivie, comme le conseille SZMURLO, de radiothérapie post-opératoire.

D'autres auteurs, DELAYE, HUGONOT, LACASSAGNE, voient dans la galvano-cautérisation ou l'électro-coagulation le traitement idéal des cylindromes.

L'action de la Radiothérapie ou de la Curiethérapie pourraient aussi rendre de grands services dans les formes avancées.

B) LES EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES

Moins fréquent que le baso-cellulaire, l'épithélioma spino-cellulaire est une forme plus térébrante qui donne volontiers des métastases ; il est de beaucoup moins radio-sensible et pour tout cela s'affirme éminemment plus grave.

Du point de vue cellulaire, c'est un épithélioma « typique », les éléments néoplasiques manifestant une évolution en couches successives comparable à celle de l'épiderme normal, depuis la couche germinative jusqu'à la kératinisation.

a) Rappel Clinique :

Il est rare que l'épithélioma éclose sur une peau apparemment saine.

Une lésion inflammatoire ancienne, une tache de kératose sénile, un lupus, une cicatrice de brûlure, etc. peuvent lui donner naissance.

Ces différents modes préparatoires, lorsqu'ils se cancérisent, se trouvent progressivement modifiés ; dans l'ensemble, hyperkératose, bourgeonnement, ulcérations, nodules, etc... conduisent à l'épithélioma confirmé.

Ce foyer, d'aspect clinique variable, ne tarde pas à s'ulcérer. La tumeur se creuse, le fond en est grisâtre, hérissé de bourgeons friables, saignant facilement.

La pression, souvent douloureuse, donne lieu parfois à l'issue de grains ou filaments jaunâtres appelés « vermiottes », composés de cellules cornées ou de globes épidermiques.

L'ulcération s'étend ; la tumeur gagne la profondeur ; les ganglions s'engorgent ; l'état général s'altère.

b) **Rappel Histologique :**

La tumeur est formée de cordons et de lobes plus ou moins anastomosés. Ces îlots, tantôt épais, tantôt minces, parfois très effrités, sont compris dans un stroma conjonctivo-vasculaire de caractères variables.

Les cellules épithéliales constituant ces lobes ayant conservé la tendance normale de leur type à la kératinisation, subissent une évolution maturative normale ou approchée et donnent lieu à la production de strates qui, ne pouvant s'éliminer, forment éventuellement des « globes cornés », très nombreux parfois, ou même faisant défaut. Il existe donc deux aspects essentiels d'épithéliomas spino-cellulaires ou malpighiens :

— l'épithélioma à globes cornés, c'est-à-dire à kératinisation d'ailleurs souvent imparfaite (para-kératinisation) ;

— l'épithélioma sans globes cornés, c''est-à-dire non kératinisant et purement malpighien.

c) **Pronostic :**

L'épithélioma spino-cellulaire, souvent appelé cancroïde. évolue assez rapidement, contrairement à l'épithélioma baso-cellulaire. Mais ce n'est pas là un caractère absolu. Sa malignité n'est pas localisée, il s'étend sans arrêt. Livré à lui-même, il ne tarde pas à s'ulcérer et surtout à métastasier, et, en dernière

analyse, c'est avant tout ce dernier point qui constitue l'essentiel de sa malignité.

d) **Thérapeutique :**

Comme pour les épithéliomas baso-cellulaires, le traitement optimum a des raisons de soulever des problèmes différents et de poser des exigences autres suivant que le cancer est attaqué à sa période de tout début, à la période d'état ou au stade des métastases.

1) TOUT A FAIT AU DEBUT

Lésion extrêmement réduite, son traitement peut être le même que pour les épithéliomas baso-cellulaires.

Thermocautère et **galvanocautère, caustiques chimiques** peuvent être également employés. Cependant, ce sont là méthodes timides qui n'offrent qu'une sécurité relative. Aussi, certains auteurs, en particulier KRYNSKI, pratiquent une cure combinée : par exemple, **cryothérapie ou caustique,** selon la méthode de RAVOGLI, suivie, 7 à 10 jours après, d'**irradiations intenses aux rayons X,** pendant 3 à 5 jours.

Les résultats offerts par cette méthode associée, selon ces auteurs, sont très satisfaisants et les récidives trè rares, pouvant, du reste, à cette période initiale, être guéries par les procédés caustiques.

EBBEHOG, pour les petits cancers, a obtenu des résultats très encourageants en les soumettant à des **rayons très mous** ; après le traitement, il persiste une radioépidermite importante, durant 1 mois environ, qui disparaît sans laisser de trace.

L'électro-coagulation peut être aussi employée avec succès, permettant la destruction rapide de toute prolifération papillomateuse.

Dans tous les cas, on n'oubliera pas que cette qualité structurale de spino-cellulaire exige une grande attention. S'il est permis de limiter l'intervention à une méthode facile, il faut toujours craindre l'insuffisance et l'imperfection de la technique. En cette matière, mieux vaut faire trop que pas assez. La timidité procure trop souvent de cuisants regrets.

2) A LA PERIODE D'ETAT

Ici, il s'agit de saper vigoureusement et d'emblée. Les demi-mesures sont proprement une faute.

Différents traitements sont susceptibles d'être utilisés. On portera son choix sur celui qui paraît le meilleur, sans trop s'attarder à des considérations secondaires de commodité ou d'esthétique.

(a) **Exérèse chirurgicale.** Elle fut préconisée, avant tout autre, pendant longtemps. Sans doute, cette suppression radicale peut-elle être considérée comme la méthode de choix ; si oui, à deux conditions expresses : d'une part, c'est qu'elle soit large et profonde (et cela n'est pas pratiquable pour toutes les localisations, par exemple au niveau des ailes du nez) ; d'autre part, que l'anesthésie locale évite soigneusement l'essaimage à l'aide de l'aiguille serrant la lésion de trop près (fait qui est loin d'être exceptionnel).

En fait, cette exérèse sanglante n'est plus guère utilisée seule. On l'associe volontiers aux radiations pour éviter les dangers d'essaimage.

(b) **Electro-chirurgie.** Adoptée tout récemment, elle réalise un grand progrès, parce qu'elle obéit aux règles fondamentales de la chirurgie des tumeurs.

Pour les petits cancers superficiels et même pour les cancers adhérents, végétants, cette méthode, correctement appliquée, s'est révélée supérieure aux autres procédés, tels que : excision, curiethérapie, radiothérapie, caustiques, utilisés par de nombreux auteurs : CASSE, KIEM, MORGEN, SPILLMANN, CREHANGE.

Elle n'exacerbe pas les lésions, comme peuvent le faire les petites doses fractionnées de rayons X. Elle est intéressante, car elle permet de détruire les cancers radio-résistants, et cela sans nuire à l'esthétique des cicatrices obtenues. On comprend que nombreux soient ceux qui la préconisent.

BORDIER a montré les avantages de ce traitement par électro-coagulation. ELLER et FOX ont insisté sur le rôle qu'elle joue dans la destruction des épithéliomas spino-cellulaires étendus et sa supériorité sur la radiothérapie.

DUCOURTIOUX insiste sur la nécessité d'utiliser les courants de haute fréquence pour les cancers spino-cellulaires et le danger qu'un traitement chirurgical ou radiothérapique pourrait présenter.

L'exérèse sanglante doit donc céder le pas à l'électro-chirurgie.

La diathermie large et profonde donnera une parfaite stérilisation de la lésion.

Si la tumeur est petite, l'**électro-coagulation** sera la meilleure intervention si elle infiltre les plans profonds ou est limitée par un bourrelet saillant. PONTHUS préconise le raclage et l'irradiation sans filtre, mais il nous paraît que la diathermo-cogulation, encore dans ce cas, avant toute irradiation, est supérieure au grattage préconisé par cet auteur.

L'électro-chirurgie est donc le traitement de base des petits cancers spino-cellulaires et même végétants, employée, dans ce dernier cas, comme nous l'avons indiqué ci-dessus.

Dans les formes avec gros délabrements, la radiothérapie filtrée à hautes doses, à raison de 3 séances par semaine, sera un traitement palliatif pouvant prolonger le malade.

(c) **Radiothérapie.** Elle permet d'obtenir un pourcentage de guérison très sensiblement inférieur à celui des baso-cellulaires. On ne saurait en être surpris. Les lois générales de la vulnérabilité des néoplasies aux radiations thérapeutiques disent suffisamment les raisons de ce fait. Il est normal d'avoir à constater qu'un épithélioma fortement différencié est moins radio-sensible qu'un épithélioma composé d'éléments non évolués.

En fait, ces épithéliomas spino-cellulaires ont été longtemps considérés comme à peu près insensibles aux rayons X. Nous verrons que le perfectionnement de la technique et surtout de l'appareillage moderne a notoirement modifié la rigueur de ce verdict.

MIESCHER utilise une dose massive de 1.200 à 1.600 R. sur champs d'irradiation limitée. Cette dose est bien inférieure à celle qu'utilise BELOT : 4.000 à 5.000 R., filtrés après curettage des lésions.

LANE et CLYPON pensent que le traitement par les rayons X permet d'obtenir des survies de 3 ans, et que ce traitement est supérieur au traitement chirurgical.

FŒRSTER confirme cette thèse en n'utilisant au début que les radiations et l'association radiations-diathermie dans les cas les plus avancés.

COSTE, de Lyon, n'utilise **pas de filtre** ; le malade est traité en une seule séance de rayons moyennement pénétrants, la dose correspondant à 5.000 R.

DURAND relate l'absence de complications et la constance des résultats obtenus ainsi que la simplicité de la méthode.

Deux techniques s'opposent, en somme : celle de BELOT, celle de COSTE.

Selon BELOT, la radiothérapie seule peut être utilisée, mais les doses doivent être importantes, les radiations pénétrantes et **filtrées.**

En collaboration avec BROCQ, cet auteur a encore utilisé une méthode mixte, consistant à racler à la curette la moyenne partie des tissus néoplasiques avant toute autre intervention.

Sur cette surface de tissus relativement sains sont appliquées, autant que possible, en une seule séance, des doses de rayons X modérément pénétrants, variables suivant le degré d'infiltration de la tumeur. La dose de rayons oscille entre 15 à 25 unités, pour les tumeurs superficielles, et 30 à 35 unités de rayons pénétrants pour les néoplasies ayant gagné la profondeur.

Une nouvelle méthode a été utilisée par BELOT pour les volumineux épithéliomas végétants. Elle consiste à appliquer une dose de radiothérapie pénétrante de 5.000 R. sous filtration sélective importante et de racler à la curette simple ou au couteau diathermique une semaine après l'application de façon à enlever tous les bourgeons néoformés. Après ce curettage, une nouvelle application de rayons est pratiquée, cette fois moins pénétrante, sans filtration, mais toujours de 4 à 5.000 R.

La technique de COSTE est sans doute plus simple, de 15 à 25 H nus en une séance ; elle peut, certes, donner d'excellents résultats, mais il semble que la combinaison du curettage ordinaire ou par électrocoagulation combinée avec l'emploi judicieux des radiations soit susceptible de mettre toutes les chances du côté de l'opérateur, évitant toute récidive.

Dans les **tumeurs étendues et épaissies,** DRESSER et DUMAS ont toujours recours à la roentgenthérapie à doses fractionnées avec de hauts voltages ; MIESCHER a noté l'échec des radiations intensvies en une seule séance et en cas de métastases, il a appliqué la méthode REGAUD CONTARD des doses fractionnées.

Les pourcentages de guérison sont évidemment moins éloquents que pour les tumeurs superficielles. Un traitement radiothérapique exclusif suffisait dans 69,3 % des cas, selon MAGNUSSON, pour obtenir une guérison durable. WENDEBERGER confirme cette thèse avec 90 % de succès.

Les tumeurs étendues ou infiltrantes sont d'un pronostic plus sombre, surtout ces dernières, et l'électrochirurgie dan ces cas est indispensable. Il faut craindre particulièrement les métastases dans les cancers spino-cellulaires, le traitement radiologique ou chirurgical ne permettant que très rarement de guérir, ne faisant que retarder l'issue fatale.

(d) **Radiumthérapie.** La Curiethérapie est venue heureusement compléter l'arsenal dressé contre ces épithéliomas relativement résistants.

Lorsque la tumeur n'a pas atteint des proportions trop considérables, les cures obtenus par le radium sont parfaites aux dires de POPPE ; l'esthétique est respectée.

Pour les cancers étendus, difficilement délimitables, la radium-puncture serait, selon MAGNUSSON, d'une grande efficacité.

Les applications uniques sont en général préférables, cependant, il n'y a qu'un inconvénient à répéter 2 ou 3 fois les séances.

Selon WILLIAMS, la Radiumthérapie seule avec filtration modérée, donne les meilleurs résultats pour les néoplasies superficielles. Il est inutile, après le traitement radiumthérapique, de faire pratiquer une antisepsie.

Les récidives sont moins fréquentes qu'avec les rayons X et, selon cet auteur, elles ne s'expliqueraient que par une insuffisance de doses.

BLUMENTHAL, REISS confirment cette thèse. Ils font précéder cependant les applications de radium d'une exérèse chirurgicale ou à l'anse électrique.

L'avantage du radium, selon BUTTLER, réside dans le fait qu'il permet de donner une irradiation unique prolongée. La tumeur est détruite tout d'abord, comme le font les auteurs précédents, par diathermocoagulation, la chirurgie n'étant utilisée qu'exceptionnellement, en particulier dans les curettages ganglionnaires.

BUTTLER préconise les applications de radium en surface, alors que CADE adopte la méthode des irradiations interstitielles chaque fois que la lésion n'adhère pas à l'os ou n'a pas déjà été irradiée.

Le néoplasme est ainsi traité pendant une semaine au minimum, le radium présentant encore cet avantage d'avoir une intensité de rayonnement constante.

Cette propriété du radium a son importance et conditionne avec le choix de la dose à appliquer dès le début, le succès de la thérapeutique.

FERDMANN, HALBERSTADTER et SIMONS préfèrent le radium aux rayons de Roëntgen. BUSCHKE et LŒWENSTEIN ont appliqué un traitement combiné avec l'électro-coagulation et le radium. Sous anesthésie locale ou générale, la tumeur était extirpée par électro-coagulation, la curiethérapie n'intervenant qu'une semaine après pour éviter les récidives.

Chez tous les malades ainsi traités, les résultats furent très heureux, les cicatrices restant lisses et souples.

Dans cette forme anatomo-clinique de cancer cutané, le pronostic est du reste fonction de l'étendue de la tumeur et de la présence des récidives.

GALIFI montre les échecs plus fréquents de la thérapeutique radium ou roëntgenthérapique, dans les cas étendus insuffisamment traités.

Il faut donc se discipliner et appliquer en une seule fois la dose nécessaire et suffisante pour détruire la tumeur en totalité sans attenter à la vitalité des éléments cellulaires voisins.

La radiorésistance des tumeurs insuffisamment traitées ne fait aucun doute pour GALIFI et il est intéressant d'avoir à sa disposition deux moyens physiques : radium ou Rayons X qui peuvent être utilisés suivant que l'un ou l'autre a déjà été employé.

3) AU STADE DES METASTASES

La thérapeutique varie avec le degré d'envahissement des territoires ganglionnaires :

— **si les ganglions sont opérables,** la chirurgie seule risquant de provoquer l'essaimage du néoplasme, sera à rejeter. Pas de curettage ganglionnaire, mais une irradiation large et forte par rayons X ou Radium.

Lorsque les masses ganglionnaires seront volumineuses et profondément situées, la télécuriethérapie pourra amener leur disparition, ou du moins une régression notable autorisant alors une ablation chirurgicale.

— **si les ganglions sont inopérables,** l'irradiation de surface devra être combinée à l'irradiation en pleine masse ganglionnaire. Deux méthodes seront donc à employer : la télécuriethérapie et la radiumpuncture.

Dans les cas heureux, l'adénopathie peut diminuer de volume permettant une intervention chirurgicale.

Dans ces cas de métastases ganglionnaires, les auteurs ont utilisé des doses radiothérapiques importantes, c'est ainsi que BROMLEY dépasse parfois 6.000 R.

Pour les épithéliomas ayant entraîné de gros délabrements, PONTHUS pratique aussi une irradiation filtrée à haute dose en séance tri-hebdomadaire. MIERCHER cependant, par suite de certains échecs à l'actif des radiations intensives, préfère la méthode des doses fractionnées (REGAUD-COUTARD).

COSTE enfin utilise la roentgenthérapie faiblement pénétrante, directement appliquée sur le territoire ganglionnaire découvert par un volet cutané.

C) LES EPITHELIOMAS METATYPIQUES

Sous le nom global d'épithélioma métatypique (DARIER), on peut réunir toutes les formes pour lesquelles le caractère baso-cellulaire ou spino-cellulaire ne s'extériorise pas franchement et d'une façon pure.

Deux morphologies sont possibles :

— l'épithélioma métatypique **intermédiaire,**

— l'épithélioma métatypique **mixte.**

Nous ferons un bref rappel clinique et histologique et nous envisagerons ensuite le pronostic et la vulnérabilité thérapeutique de ces formes.

a) Rappel Clinique :

Ces cancers s'apparentent cliniquement à l'épithélioma baso-cellulaire, dans ses formes ulcéreuses et infiltrantes. Les caractères baso-cellulaires conservés par la lésion durant un certain temps, ont tendance parfois à devenir spino-cellulaire, les bords de l'ulcération notamment se renflent en bourrelet épais.

L'évolution de ces formes métatypiques est plus rapide que celle du baso-cellulaire pur, provoquant éventuellement des délabrements importants, et pouvant métastasier, ce qui n'est pas la règle cependant.

b) Rappel Histologique :

Dans le **type intermédiaire,** la tumeur paraît à première vue du type baso-cellulaire. Elle en a l'architecture : boyaux épithéliaux relativement étroits et volontiers réticulés.

Cependant, déjà une ébauche d'évolution malpighienne se montre, qui peut même s'affirmer en quelques points sous l'aspect de formations concentriques bulbiformes. Mais la maturation épidermoïde ne va pas plus loin.

Le classement de pareils cas, pour qui ne possède pas une habitude suffisante, peut demeurer flottant. Et c'est là, en fait, le caractère essentiel de ces formes structurales intermédiaires.

Le type mixte est une association plus ou moins franche des deux grandes morphologies baso et spino-cellulaires. Il n'est pas rare que cette coexistence ne soit pas intimement mêlée, mais que, par contre, les deux aspects se cantonnent électivement dans des territoires déterminés et d'une certaine étendue.

c) **Pronostic :**

Ces épithéliomas, comme nous l'avons dit plus haut, peuvent, au début, affecter l'allure du baso-cellulaire le plus authentique. Mais, par la suite, ils acquièrent les caractères du cancer spino-cellulaire.

Leur pronostic s'aggrave alors, la tumeur gagne localement plus rapidement et peut envahir les ganglions tout comme le ferait un cancroïde typique.

d) **Thérapeutique :**

Elle est la même que celle des cancers spino-cellulaires. Dès que diagnostiqués, ils devront être supprimés par une mesure sûre, extirpés par **électro-chirurgie et irradiés** à haute dose pour les formes végétantes ou ayant déjà envahi les ganglions.

D) LES EPITHELIOMAS DE TYPES SPECIAUX

A côté de ces formes anatomo-cliniques et surtout structurales courantes, il en est quelques autres qui peuvent éventuellement tomber sous l'observation et pour lesquelles les données histologiques commandent un pronostic et des directives thérapeutiques déterminées. Nous voulons parler :

1) **des épithéliomas calcifiés ;**

2) **des tumeurs mixtes ;**

3) **des épithéliomas diskératosiques :**

1° Cancer de Bowen ;

2° Cancer de Paget.

1) EPITHELIOMA CALCIFIE DE MALHERBE

Nous ne ferons que mentionner rapidement ce type tumoral curieux, puisque aussi bien il s'agit non pas d'épithélioma, mais d'adénome, pour MONTPELLIER et LAFFARGUE.

a) **Rappel Clinique :**

C'est une nodosité dermique solitaire ou multiple, débordant dans l'hypoderme. Cette tumur est dure, pierreuse, limitée. Au début, elle passe souvent inaperçue, puis se développe lentement pour se fixer par la suite.

b) **Rappel Histologique :**

C'est un aspect histologique bien spécial : travées épithéliales de cellules malpighiennes dont de vastes foyers sont momifiés, granuleux, incolorables.

Entre les travées et les cordons, le stroma est riche en cellules géantes, polykariées, nécrophagiques.

Les analyses chimiques décèlent presque exclusivement la présence de phosphate de chaux.

c) **Pronostic :**

Il est bénin. Cependant, comme l'ont montré TANASESCU et BALAN, certains nodules non extirpés peuvent donner lieu à des récidives locales sans gravité du reste. Il n'y a jamais de métastases.

d) **Thérapeutique :**

L'extirpation chirurgicale de la nodosité suffit. Elle est facilitée par la présence d'une sorte de capsule de tassement qui permet d'extirper la tumeur en bloc.

2) TUMEURS MIXTES

Ces tumeurs ont été décrites durant longtemps sous l'appellation d'endothéliome. En fait, il s'agit de tumeurs mixtes comparables à celles des glandes salivaires.

a) **Rappel Clinique :**

Il s'agit le plus souvent d'une petite tumeur modulaire non ulcérée, unique, dure, mobile sur les plans profonds, plus ou moins saillante, parfois presque pédiculée. Elle siège en général à la face.

b) **Rappel Histologique :**

Ces tumeurs, assez comparables aux tumeurs mixtes des glandes salivaires, montrent dans un tissu mésenchymateux à caractère variable (conjonctif, fibreux,

cartilagineux, etc...), des traînées de cellules, les unes mal différenciées, d'autres plus franchement épithéliales avec aussi des formations kystiques diverses. La malignité est loin de ressortir toujours nettement des caractères structuraux.

c) **Pronostic :**

Ces tumeurs évoluent localement et lentement. Cependant l'épithéliomatisation franche est possible comme l'ont montré MOULONGUET et AULBOM.

d) **Thérapeutique :**

L'exérèse chirurgicale paraît de beaucoup la méthode de choix. J.-M. MONTPELLIER a insisté sur la nécessité d'une ablation systématisée dès le diagnostic posé, tout comme pour les tumeurs mixtes salivaires. LEPERA et CATALANO sont aussi de cet avis, le traitement doit être essentiellement chirurgical.

Lorsque la tumeur à traiter sera de volume réduit, on pourra utiliser avec fruit **l'électro-chirurgie.**

Cependant AULBOM pensant à la possibilité de malignisation de certains cas, associe à la chirurgie **les Rayons X.**

Certaines formes renferment du tissu myxomateux et d'aspect cartilagineux sont généralement peu sensibles aux radiations ; d'autres, fibromatoïdes, sont très radio-sensibles et des résultats excellents peuvent être obtenus dans ces cas par le seul traitement radiothérapique.

3) EPITHELIOMAS DISKERATOSIQUES

Nous voulons parler ici des épithéliomas nés sur Maladie de Paget et de Bowen, en admettant que celles-ci ont une identité réelle et qu'elles ne sont pas déjà une manière d'état cancéreux.

Dans ces cancers, la structure est caractérisée par des phénomènes de diskératose monocellulaire évoluant sur une structure spino-cellulaire, et par des troubles nucléo-protoplasmiques curieux.

1°) **Cancer de BOWEN**

On l'observe estre 40 et 70 ans, dans les deux sexes. Il siège dans les différentes régions des téguments.

a) **Rappel Clinique :**

Ce cancer revêt souvent des aspects différents qui peuvent coexister chez le même malade. Cependant, la forme la plus fréquente est celle du cancer papulo-squameux de MASSIA et ROUSSET, décrite par DARIER.

La transformation cancéreuse de la Maladie de Bowen se produit environ dans 50 % des cas, le cancer apparaît sur une ou plusieurs des taches disséminées de cette kératose.

L'exagération du processus hyperkératosique présente les lésions sous l'aspect de nappes cérébiformes plus ou moins végétantes, colorées du jaune brun au rouge vineux.

Elles sont surmontées de squames-croûtes cerclées d'une fine colerette squameuse. Lorsqu'on enlève ces squames, on tombe sur une surface érythémateuse plane, saignant facilement.

b) **Rappel Histologique :**

L'histologie ne peut toujours se prononcer sans hésitation que lorsque le stade de cancer est largement franchi.

Il faut s'attendre à trouver des formes histologiques différentes, allant du type baso-cellulaire au type spino-cellulaire. Mais ce qui caractérise le Cancer de BOWEN, c'est l'existence de ces mêmes formations cellulaires spéciales qui déjà caractérisent la Maladie de BOWEN : ce sont des cellules diskératosiques dans un derme de « contexture désordonnée », des éléments à noyaux petits ou géants, multiples, souvent déformés ou monstrueux (DARIER).

c) **Pronostic :**

La malignité est particulièrement marquée dans la forme qui se rapproche de l'épithélioma spino-cellulaire ; les ganglions et les organes internes sont alors envahis.

D'autres fois l'évolution est très lente et les voies lymphatiques ne sont pas intéressées malgré l'exhubérance et l'aspect bourgeonnant de ce cancer.

d) **Thérapeutique :**

L'électro-chirurgie peut être utilement employée, même dans les cas d'énormes épithéliomas où le radium n'a rien pu donner. Après exérèse au bistouri diathermique, une coagulation débordante de la plaie sera pratiquée.

Certains auteurs ont associé **la radiumthérapie** à l'exérèse. ROUSSET, cependant, estime que la **radiothérapie** est le procédé de choix. Il traite, suivant la méthode de COSTE, cette catégorie de cancer et les récidives ganglionnaires éventuelles.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas perdre de vue la nécessité d'un diagnostic précoce, car au stade des métastases, le Cancer de BOWEN est pratiquement incurable.

2° Cancer de PAGET

Le Cancer de la diskératose de PAGET apparaît presque toujours chez une femme ayant l'âge de la ménopause.

Ce néoplasme naît soit dans l'épiderme de recouvrement, soit dans les galactophores, qui sont dilatés et bordés par un épithélium dyskératosique.

On sait que certains auteurs pensent que la diskératose des cellules malpighiennes n'est qu'un processus réactionnel et que MASSON et PAUTRIER considèrent le Cancer de PAGET comme un épithélioma né aux dépens des canaux galactophores, l'envahissement de la peau n'étant qu'un phénomène secondaire.

a) **Rappel Clinique :**

La néoplasie se développe en surface ou en profondeur. Et c'est, en définitive, un foyer de Maladie de PAGET qui se prolonge et surtout s'aggrave.

Il s'agit d'une ulcération mamelonnaire eczématoïde, d'un rouge vif, suintante, vernissée par endroit, qui s'indure à sa base, se creuse, présentant un fond sanieux, à bords nets taillés à pic.

D'autres fois, c'est en profondeur, sans modification de surface. Au palper minutieux, on note un noyau

dur, qui grossit, envahit en tous sens et finit par adhérer à la peau, celle-ci pouvant être, du reste, envahi d'emblée.

b) Rappel Histologique :

Dans la forme glandulaire, on rencontre le plus souvent des cellules qui rappellent plus ou moins la cellule de PAGET des galactophores.

Les autres formes sont des cancers profonds ou des glandes sudoripares ; dan ce cas, il y a continuité entre le cancer glandulaire et les lésions de la peau. Plus souvent l'épiderme de revêtement est intéressé et le cancer est presque toujours du type spino-cellulaire.

Les boyaux néoplasiques sont d'architecture variée, lobulés ou disposés en cordons pleins.

Dans l'épaisseur du corps muqueux, les cellules sont dépourvues de filaments d'union et résultent d'un processus de ségrégation des éléments malpighiens.

Ces éléments sont diskératosiques et conservent ainsi la caractéristique de la lésion sur laquelle ils ont pris naissance.

Dans la Maladie de PAGET, en effet, les lésions portent à la fois sur l'épiderme et sur le derme. Elles sont caractéristiques : l'épiderme est épaissi, le corps muqueux de MALPIGHI hypertrophié présente des éléments anormaux, sortes de vacuoles contenant un corpuscule rond et bosselé.

En zone ulcérée, l'épiderme est abrasé, on note de nombreuses cellules dyskératosiques et migratrices.

Le derme, enfin, est le siège d'une infiltration abondante de cellules rondes et de plasmocytes.

Les vaisseaux sont élargis ; les parois des canaux galactophores sont hyperplasiées et, par suite, leur lumière se trouve souvent comblée.

c) Pronostic :

C'est un cancer irrégulièrement nodulaire, dur, superficiel ou profond. Les métastases ganglionnaires sont de règle dans le creux axillaire et la région susclaviculaire. Les métastases viscérales, rarement signalées, emportent rapidement le malade lorsqu'elles apparaisssnt.

Le Pronostic est d'autant plus grave que l'évolution est plus rapide, le début plus écourté. Si l'on n''intervient pas, l'issue est fatale et, même après l'exérèse, la situation demeure sombre.

d) **Thérapeutique :**

Les auteurs s'accordent pour conseiller une **intervention chirurgicale** précoce aussi large que possible permettant de mettre le malade à l'abri des redoutables complications qui font du Cancer de PAGET un cancer aussi grave que l'épithélioma habituel du sein.

CONCLUSION

En résumé : les Epithéliomas de la peau peuvent et doivent être groupés en types anatomo-cliniques parfaitement distincts.

Dans cette classification, l'étude histologique entre en première ligne.

En fait, ce sont les tests histologiques qui peuvent préciser très exactement le type anatomo-clinique de tel ou tel cas particulier.

Or, ces divers types ont un comportement différent, tant du point de vue pronostique que du point de vue vulnérabilité thérapeutique.

C'est dire que **toute appréciation diagnostique, pronostique et toute directive thérapeutique doit avant tout reposer sur l'éude histologique.**

CHAPITRE II

LES EPITHELIOMAS DES ANNEXES

Dans ce chapitre, nous réunissons toutes les néoplasies épithéliales dont la structure évoque celle des glandes et des bourgeons pilaires.

D'où proviennent ces néoplasies ? Il est logique d'en rechercher l'origine dans les annexes cutanées elles-mêmes. Toutefois, il n'est pas exclu que des bourgeons épithéliaux, jusqu'ici indifférents, voire même l'épithélium basilaire ou folliculaire, puissent donner naissance à ces tumeurs.

Ce que l'on considère ici est donc l'évolution structurale et non pas le point d'origine.

Ces tumeurs des annexes méritent d'être individualisées et connues du praticien en raison de leur moindre malignité et de leur comportement particulier à l'égard de la thérapeutique.

On conçoit notamment que leur vulnérabilité aux radiations soit à priori assez faible, du fait que les éléments de ces néoplasies révèlent une différenciation histo-physiologique souvent accusée.

Nous envisagerons successivement :

A) **Les Epithéliomas Sébacés,**

B) **Les Epithéliomas Glandulaires,**

C) **Les Epithéliomas Pilaires.**

A) LES EPITHELIOMAS SÉBACES

Ces cancers existent malgré le doute que DARIER a pensé devoir laisser planer sur leur réalité.

Les nombreuses observations de LUMIERE et LAPERSONNE, de MENETRIER et ISCH, les cas cités par MASSON et GERY, etc..., individualisent nettement cette forme d'épithélioma glandulaire, dont le siège palpébral n'est pas rare (MORARD).

a) **Rappel Clinique :**

Ce type sébacé affecte volontiers l'aspect d'une tumeur arrondie, en macaron. La surface en est lobulée, bien dessinée. La tumeur s'ulcère parfois, saignotant ; la base ne s'infiltre pas ; elle est mobile sur les plans profonds qui ne sont pas envahis.

C'est une tumeur évoluant très lentement en vingt ans en moyenne et métastasiant très rarement.

b) **Rappel Histologique :**

Le néoplasme apparaît constitué de lobules arrondis ou polycycliques présentant des cellules à contour circulaire ou polyédrique, volumineuses, disposées moins régulièrement que les travées épithéliales. Leur protoplasme est clair, rempli de gouttelettes graisseuses ; les noyaux ovoïdes, clairs, ont perdu l'armature nucléolaire qui caractérise ceux des cellules sébacées.

A côté de ces zones d'épithélioma sébacé où la masse cytoplasmique s'est éclaircie et où les cellules accusent cette évolution sébacée nette, on relève à la périphérie du lobule, des éléments de type basal, à noyau arrondi, clair et du type basilaire à noyau foncé.

On rencontre ainsi toutes les transitions entre l'adéno-carcinome simple et l'épithélioma baso-sébacé.

c) **Pronostic :**

Le Pronostic est relativement bénin. L'évolution est extrêmement lente. Les métastases sont exceptionnelles.

d) **Thérapeutique :**

Ces tumeurs sont d'un abord facile, n'infiltrant pas les tissus sous-jacents. Il sera donc aisé de les détruire par l'électro-coagulation notamment.

Les autres procédés, tels le thermo ou le galvano-cautère, sont à rejeter, car ils sont souvent insuffisants et provoquent des récidives rapides.

(a) **L'électro-coagulation** sera employée selon la méthode classique visant à une destruction totale aussi large que possible.

(b) Pour ces tumeurs différenciées, la radio-résistance est fonction du degré de différenciation. **La Radiothérapie** permettra cependant de venir à bout des cellules épithéliales jeunes, particulièrement sensibles aux rayons.

Mais pour agir utilement sur l'ensemble de la tumeur, et sur les éléments évolués en particulier, on comprend que les doses de rayons dussent être élevées et utilisées très tôt.

B) LES EPITHELIOMAS SUDORIPARES

Les observations de DARIER, GRYNFELT, de SIMARD, etc..., ne laissent aucun doute sur l'existence de ce type d'épithéliome.

Il est possible, dès les premières phases de son développement, de le diagnostiquer du moins histologiquement.

a) **Rappel Clinique :**

Au début, il s'agit d'une petite tumeur nodulaire, arrondie, à surface légèrement échancrée de quelques petites encoches, où pénètre le conjonctif environnant.

Ce nodule siège dans la partie profonde du derme qu'il soulève et distend.

Assz rapidement l'épiderme sus-jacent normal, sans connexion avec les éléments épithéliaux de la tumeur, devient adhérent et s'ulcère.

b) **Rappel Histologique :**

Comme l'a montré GRYNFELT, l'étude histolcgique met en évidence des amas épithéliaux irréguliers sertis d'une membrane très appparente collagène ou pré-collagène.

La séparation en îlots est réalisée par cette membrane conjonctive résultant d'une transformation spéciale de la membrane propre des tubes sudoripares. Ces derniers sont représentés, plus ou moins altérés, par des lacunes au sein de ces lobules néoplasiques.

On y rencontre des éléments variés du type cellule bordante ou encore cellule basilaire, plus ou moins hypertrophiés, allant même jusqu'à une métatypie caractérisée.

Dans certaines tumeurs, les lobules et travées souvent creusés d'une lumière glanduliforme centrale, présentent des éléments différenciés permettant de distinguer des tubes sudorifères. Ces tubes se reconnaissent à leur membrane propre ou vitrée, aux cellules périphériques et centrales.

Ces cellules épithéliales sont de deux types : périphériques ou basilaires, à protoplasme délicat, ponctué de granulations très fines que l'on aperçoit entre les noyaux très chromatophiles ; cuticulaires centrales, disposées, contrairement aux précédentes, d'une façon très régulière autour des lumières glandulaires. La portion apicale de ces cellules est éosinophile ; et ceci permet de retrouver les cellules cuticulaires qui, disloquées, ont été entraînées dans la profondeur. D'autres s'étirent parfois, prenant l'aspect fibroblastique, ou s'agencent concentriquement, ébauchant des sortes de globes épidermiques.

On relève parfois une seule variété de cellules, des éléments du type bordant.

Tel est l'épithélioma sudorifère dont la morphologie cellulaire, en définitive, rappelle de plus ou moins près celle des revêtements des glandes sudoripares.

c) **Pronostic :**

Contrairement aux épithéliomas sébacés, ces tumeurs sont graves. Elles donnent, en effet, naissance à des métastases précoces et récidivent assez souvent.

d) **Thérapeutique :**

Elle doit être instituée précocement et viser à une destruction sûre.

(a) **L'exérèse chirurgicale** devra être aussi large que possible. L'extirpation sera faite sous anesthésie locale soit au bistouri ordinaire, soit, mieux, au bistouri diathermique et sera suivie d'une coagulation de sécurité.

(b) Pour les tumeurs petites, prises à leur tout début, la destruction au **galvano-cautère** ou au **thermo-cautère** est autorisée, mais la diathermo-coagulation permet une intervention plus rapide et offre des garanties plus sûres.

(c) Il ne semble pas que les **radiations** dont nous disposons soient particulièrement recommandables. Ces néoplasies « différenciées » semblent peu vulnérables.

C) LES EPITHELIOMAS PILAIRES

a) **Rappel Clinique :**

Ce sont des petites tumeurs « papuleuses, arrondies, rouges, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes », peu surélevées, à surface mamelonnée et finement squameuse.

b) **Rappel Histologique :**

PICARD et LIEGEOIS, HAMDI et MORATO ont étudié ces tumeurs pilaires ; elles ont, disent-il, une structure particulière de cordons et d'alvéoles se rapprochant de celle du bulbe pileux.

Elles sont disposées en bourgeons d'aspect généralement baso-cellulaires, à contours circulaires ou assez régulièrement festonnés.

Dans ces bourgeons, on remarque des cellules filamenteuses, analogues à celles du périthélium pilaire. Dans certains cas enfin, on trouve du pigment mélanique, principalement en pleine région néoplasique.

Ce pigment est bien différent de celui des naevocarcinomes pigmentaires, dont le pronostic est beaucoup plus sombre. Il justifie l'appellation de naevus du follicule pilaire donné parfois à ces épithéliomas.

c) **Pronostic :**

Ces tumeurs, apparemment rares, paraissent avoir une évolution assez longue. Les métastases sont exceptionnelles, l'infiltration des tissus sous-jacents n'a pas été signalée dans la littérature médicale.

Leur pronostic est néanmoins sérieux et comme pour toute tumeur, une thérapeutique précoce doit viser à leur destruction totale.

d) **Thérapeutique :**

PICARD et LIEGEOIS pensent que le procédé de choix est l'**électro-coagulation** suivie d'applications de radium.

CHAPITRE III

LES SAPCOVES

Les Sarcomes cutanés sont des « tumeurs conjonctives de structure embryonnaire, ordinairement douées d'une haute malignité ». Ainsi les définit DARIER.

Comme le faisait remarquer PELAGATTI en 1902, cette question a été fort confuse. Depuis lors, cet état de chose n'a pas été foncièrement modifié, et les raisons qu'on pourrait en donner sont nombreuses.

L'étude de ce groupe d'affections est rendue difficile par la complexité structurale de certaines d'entre elles, d'où le peu de précision des formes anatomo-cliniques.

On se trouve, d'autre part, en présence d'une grande difficulté pour placer une barrière rigide entre les processus manifestement inflammatoires et ceux qui sont à coup sûr néoplasiques.

Par ailleurs, la terminologie employée longtemps n'a pas toujours tenu compte de l'Histogénèse.

Nous utiliserons la terminologie que l'on retrouve chez les auteurs modernes, en cherchant à superposer à un type clinique un type histologique correspondant.

Nous nous efforcerons de relever l'intérêt pratique de cette classification histo-clinique, en soulignant le comportement différent de chaque type dans le domaine de son développement et vis-à-vis de la thérapeutique.

I) LES FAITS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Il est difficile de faire une analyse histologique nuancée des Sarcomes Cutanés si l'on se contente d'une classification purement morphologique, telle qu'elle était de mise au début du siècle. Nous rappellerons pour mémoire cette classification de DARIER :

1°) Sarcomes Fuso-Cellulaires,

2°) Sarcomes Globo-Cellulaires,

3°) Sarcomes Polymorphes.

1°) Sarcomes fuso-cellulaires

A première vue, ces tumeurs paraissent faciles à reconnaître, mais on se rend vite compte qu'il n'en est rien et que le Diagnostic de la nature et du degré de malignité est des plus malaisés.

Ces tumeurs dermo-hypodermiques dures sont composées de cellules fusiformes plus ou moins allongées présentant à leurs extrémités des filaments anastomotiques les unissant les unes aux autres.

Elles sont disposées en traînées entrelacées, ondulées dans dee sens différents.

Leurs noyaux ovalaires sont riches en chromatine disposée en un reticulum grossier, légèrement épaissi par places. Les mitoses sont nombreuses, beaucoup sont anormales.

Les cellules d'une même tumeur ont à peu près les mêmes dimensions ; elles peuvent varier, cependant, d'un cas à l'autre, ce qui a permis de distinguer des Sarcomes Fuso-cellulaires à petites et à grosses cellules.

Entre les cellules se trouve le Tissu Collagène tantôt réduit et pelliculaire, tantôt très important, séparant alors les cellules par des faisceaux épais.

Cette architecture schématique peut présenter des variations intéressant un ou plusieurs de ses éléments constitutifs, on aura de ce fait différents aspects :

— il est des cas où les cellules conservent le type fibroblastique, seul le substratum intercellulaire se trouve modifié : les fibrilles de collagène obéissent à une fasciculation très serrée, très apparente ;

— dans d'autres tumeurs, l'atypie est évidente. L'architecture est bouleversée, les formations intercellulaires sont baucoup plus lâches, constituées par endroit par un fin réseau de collagène. Les mitoses sont plus fréquentes. Certaines cellules volumineuses sont plurinucléées.

2°) Sarcomes globo-cellulaires

Comme pour les Sarcomes précédents, on a distingué pour les Sarcomes Globo-cellulaires des formes à petites et à grosses cellules.

Cette classification morphologique est très rudimentaire, sujette aux erreurs d'interprétation.

Comme leur nom l'indique, ces tumeurs sont constituées de cellules de tailles diverses, rondes ou polygonales entourées d'une ébauche de réseau collagène.

Les petits cellules ont l'aspect de lymphocytes normaux, alors que les grosses cellules rappellent les lymphoblastes. Dans une même tumeur on rencontre ces deux sortes de cellules.

3°) Sarcomes polymorphes

Ces tumeurs sont formées de cellules remarquables par leur variété. On y trouve des éléments fusiformes et étoilés comme dans les Sarcomes Fuso-cellulaires, quelques-uns multinucléés ; des cellules petites et rondes ou bien grosses et arrondies comme dans les Sarcomes Globo-Cellulaires, etc....

Toutes ces cellules sont plus ou moins frappées par l'atypie, les mitoses anormales ne sont pas rares.

Une trame collagène, parfois myxomateuse, sépare les cellules, et, renforcée en certains endroits, elle dessine parfois des alvéoles et des logettes plus ou moins imparfaites.

Cette architecture très caractéristique justifie les noms de Sarcomes Alvéolaires et de Sarcomes Réticulés donnés autrefois aux Sarcomes à cellules polymorphes. En fait, ce groupe de sarcomes est un « potpourri ».

II) TYPES HISTOGENETIQUES DIVERS

Cette classification purement morphologique d'ailleurs utile comme premier tri est incomplète. Elle se prive des nuances que l'analyse histologique poursuivie sur le plan histogénétique est actuellement susceptible de fournir.

Cette analyse, en effet, permet d'aller plus loin. Associée d'ailleurs aux données cliniques, elle permet d'adopter un cadre dont l'utilité pronostique et thérapeutique est évidente.

Nous étudierons donc successivement les divers types de sarcomes cutanés que l'étude morphologique et histo-génétique combinée permet d'envisager.

A) Les Sarcomes Fibroblastiques,

B) Les Sarcomes Lymphoïdes et les Sarcomes Myéloïdes,

C) Les Sarcomes Réticulaires.

D) Les Sarcomes Histiocytaires,

E) Les Sarcomes Inclassables.

A) LES SARCOMES FIBROBLASTIQUES

Ce sont les Sarcomes Fuso-cellulaires des Classiques. Tous les stades intermédiaires entre le fibrome banal et le sarcome fibroblastique malin peuvent être représentés ; cependant on peut distinguer, suivant l'évolution et les caractères histologiques, deux formes principales :

— 1) les Sarcomes Fibroblastiques à malignité locale.

— 2) les Sarcomes Fibroblastiques proprement dits.

1) Les Sarcomes Fibroblastiques à malignité locale

Ce sont les sarcomes rares sinon exceptionnels étudiés par ROUSSY sous le nom de « Fibromes envahissants ». WIRCHOV et UNNA, s'étant déjà intéressés à la question, ont décrit ces tumeurs dures à malignité purement locale qu'ils nommaient « fibro-sarcomes ».

DARIER et FERRAND ont publié un mémoire classique sur « les Dermato-Fibromes récidivants » ; dans cette forme, caractérisée par une tendance beaucoup moins nette à l'extension et à l'ulcération, ils ont surtout insisté sur l'aspect histologique fibreux et fibro-conjonctif de ces tumeurs.

A peu près à la même époque, HOFFMAN a signalé des tumeurs analogues sous le nom de Dermato-fibro-sarcoma protuberans.

a) Rappel Clinique :

Il s'agit le plus souvent d'une tumeur débutant par un nodule ou par des plaques fibreuses sur des lésions cicatricielles ou traumatiques. On les observe surtout chez l'adulte après 40 ans, siégeant en un point quelconque du corps.

C'est tout d'abord un petit foyer dur qui, au cours des années suivantes, se transforme en un placard mamelonné avec nombreuses saillies de couleur rougeâtre, bleuâtre, pouvant s'ulcérer.

b) **Rappel Histologique :**

Comme nous l'avons noté précédemment, ces tumeurs présentent histologiquement des caractères intermédiaires entre le fibrome et le sarcome. Les cellules tumorales sont cependant plus volumineuses que dans le fibrome, elles s'agencent en faisceaux.

Dans cette forme à malignité locale, la substance fondamentale est moins abondante que dans les sarcomes envahissants. Le Test de malignité semble donc dans ce cas reposer sur la nature du Stroma.

c) **Pronostic :**

Le Sarcome Fibroblastique à malignité locale évolue très lentement, s'ulcérant parfois sans causer toutefois de gros dégâts.

Il n'y a pas de métastases ; mais la malignité se manifeste, après extirpation incomplète, par une récidive.

2) **Les Sarcomes Fibroblastiques proprement dits**

Alors que les Sarcomes précédents s'observaient de préférence chez des sujets adultes, ceux-ci par contre frappent plutôt les jeunes.

a) **Rappel Clinique :**

Le début est marqué par l'apparition d'un nodule hypodermique indolore de consistance dure. La tumeur grossit, devient bosselée. La peau est tendue, rouge violacée, elle s'ulcère, la plaie saignante se recouvre d'une croûte purulente. La tumeur envahit et métastasie.

b) **Rappel Histologique :**

On retrouve dans cette forme comme dans celle à malignité locale, une disposition fasciculée. Les cellules ont un protoplasme dense, muni d'expansions

anastomosant les cellules les unes aux autres. Le noyau est volumineux, nucléolé, bourré de blocs de chromatine. Les mitoses atypiques ne sont pas rares ; certaines cellules présentent des phénomènee de gigantisme nucléaire très nets.

On note l'abondance des éléments conjonctifs embryonnaires, tous du même type : cellules rondes ou fusiformes suivant les cas.

Ce caractère histologique explique la radiosensibilité particulière de ces tumeurs riches en éléments jeunes.

La substance fondamentale constituée de fibrilles et de collagène peut manquer complètement dans les Sarcomes à évolution rapide.

FRENCH a établi une classification par degré de malignité des Fibrosarcomes en s'appuyant sur l'examen microscopique. Il distingue trois groupes :

— le premier degré de malignité est représenté par des néoformations contenant quelques éléments fusiformes noyés dans un Stroma fibreux particulièrement abondant ;

— le deuxième degré de malignité se rencontre lorsque la substance intercellulaire est moins abondante avec de larges cellules fusiformes en faisceaux compacts entrelacés ;

— le troisième degré enfin est marqué par le nombre des cellules, par la présence de fibroblastes embryonnaires avec très peu de stroma.

c) **Pronostic :**

Comme le précédent, le Sarcome Fibroblastique est une tumeur à évolution lente, récidivant presque constamment après extirpation.

Les métastases se font par la voie sanguine plutôt que par la voie lymphatique. Elles n'apparaissent que tardivement pour se généraliser au Foie et aux Poumons.

d) **Thérapeutique :**

Comme nous l'avons vu dans notre rappel clinique et histologique, ces tumeurs ont une malignité variable. Certaines sont peu radio-sensibles, ce sont les Sarcomes Fibroblastiques à malignité locale, faits

d'éléments fortement typiques. D'autres sont plus radio-sensibles du fait de l'indéfférenciation cellulaire.

Le traitement pourra être :

(a) Chirurgical ;

(b) Chirurgical et radiothérapique associés ;

(c) Radiothérapique ;

(d) Radiumthérapique.

(a) **Chirurgie :**

Elle peut donner d'excellents résultats lorsqu'elle est précocement instituée. Les Fibrosarcomes peu radio-sensibles, très peu métastiques, pourront être extirpés en masse, sans trop de risques de récidive au début.

Pour les tumeurs volumineuses, les difficultés d'exérèse seront plus grandes.

GATÉ, RICARD, CUILLERET et MOREAU ont ainsi traité avec succès des Fibrosarcomes de WIRCHOW, tumeurs dont la Clinique montre l'évolution lente et longtemps bénigne.

Le traitement électro-chirurgical offre le triple avantage d'être moins sanglant que le traitement chirurgical, de moins favoriser les métastases, il permet enfin de pratiquer des biopsies avec beaucoup moins de dangers. Certaines tumeurs fuso-cellulaires pourront être ainsi enlevées, lorsque leur volume ne sera pas trop considérable et lorsqu'elles n'auront pas encore métastasié.

Mais, dans l'ensemble, il ne faut pas se dissimuler que les sarcomes fibroblastiques, comme d'ailleurs tous les sarcomes, ont une malignité telle que l'exérèse chirurgicale le plus souvent n'offre qu'un répit.

(b) **Chirurgie et Radiothérapie associées :**

HINTZE, KONIG ont montré l'utilité d'associer la Radiothérapie au traitement chirurgical, en particulier par l'irradiaton post-opératoire.

DOUB a aussi obtenu de bons résultats en soumettant ces tumeurs à la Radiothérapie après traitement chirurgical. LOYER conclut avec MOULONGUET, après avoir irradié certains sarcomes fibroblastiques jugés radio-résistants, que les notions de radio-sensi-

bilité et de radio-résistance aujourd'hui admises doivent subir certaines exceptions.

Pour ces auteurs, cette thérapeutique associée pourrait donc convenir même aux fibro-sarcomes radio-résistants et cela permettrait même, en cas de tumeur volumineuse, une extirpation fractionnée.

MEYERDING, BRODERS et HARGRAVE ont suivi des malades ainsi traités pendant de nombreuses années. FRENCH préconise un traitement chirurgical large dans tous les cas et il préfère par exemple une amputation en cas de fibro-sarcome à l'irradiation ou à l'excision locale.

La Radiothérapie post-opératoire cependant, pour être efficace, doit être appliquée peu de temps après l'excision et la surface opératoire doit être entièrement irradiée avant la formation du tissu cicatriciel.

(c) **Radiothérapie :**

Elle permet rarement d'obtenir une guérison durable ; « il ne s'agit pas de guérisons, mais de rémissions ». La guérison définitve n'est guère possible que dans les cas heureux, que la radiothérapie a pu atteindre à leur phase toute débutante. Et cette action au tout début n'est pas un gage de succès. Les auteurs, en particulier GRYNFELT, ont insisté sur la nécessité de préciser dans tout sarcome fibroblastique le degré d'importance de la trame collagène. Ainsi ce dernier auteur classe ces tumeurs en sarcomes « fibrillogènes » et sarcomes « afibrillogènes ».

Ce que l'on sait de l'action en général des radiations permet de penser que la vulnérabilité des premiers est fort réduite comparativement à celle des seconds.

En définitive, plus un sarcome fibroblastique est riche en collagène, moins il est vulnérable ; plus un tel sarcome est pauvre en collagène, et partant, riche en cellules, plus il est radio-sensible.

En cas de fibro-sarcome, en principe radio-résistant, les irradiations peuvent donner un coup de fouet à la tumeur ; si, au contraire, c'est un sarcome fuso-cellulaire plus radio-sensible, la radiothérapie seule ne peut donner de résultats vraiment satisfaisants que lorsque le traitement a été précoce et massif.

(d) **Radiumthérapie :**

La Curiethérapie a été préconisée par certains pour compléter l'action des rayons X, ou bien pour les remplacer. Elle permet peut-être insuffisamment « d'irradier d'une façon homogène un large territoire, non seulement en surface en dépassant la zone cliniquement envahie, mais en profondeur ». Quoi qu'il en soit, il ne semble pas que les auteurs aient tiré quelque profit de cette méthode.

B) LES SARCOMES LYMPHOIDES ET LES SARCOMES MYELOIDES

Les Sarcomes Lymphoïdes et Myéloïdes développés sur les téguments sont aseez peu fréquents et, de ce fait, leur histoire anatomo-clinique assez mal précisée.

a) **Rappel Clinique :**

Ces Sarcomes Lymphoïdes et Myéloïdes sont presque toujours des tumeurs multiples. C'est une sarcomatose généralisée, semble-t-il, d'emblée au tégument. Ils se rencontrent rarement, de préférence chez des sujets ayant dépassé la quarantaine.

Au début, cela paraît être une tumeur unique ; mais d'autres foyers ne tardent pas à survenir en quelques mois. Les premiers apparus sont groupés autour de la tumeur initiale ; les autres, respectant les extrémités, s'essaiment sur le reste de la peau. L'aspect est variable suivant le siège dermique ou hypodermique, la coloration varie du rose au rouge violacé. Les nodules dermiques, petits tout d'abord, atteignent rapidement le volume d'un poing. Leur surface est lisse, polylobée ou verruqueuse.

Ils sont durs, puis se ramollissent et certains se nécrosent.

b) **Rappel Histologique :**

. **Les Sarcomes Lymphoïdes** (anciens sarcomes à cellules rondes) offrent des structures variables, suivant la variété d'éléments de souche lymphoïde qui les constituent. D'où l'appellation qu'ils méritent de : sarcome lymphocytaire ou de sarcome lymphoblastique proposée par RIBBERT et désormais classique.

Souvent d'ailleurs les deux types d'éléments se mêlent. De même parfois, l'élément lymphoblastique est à peine différencié ; la tumeur est un sarcome prolymphoblastique (SABRAZES) et s'apparente au réticulosarcome.

Les Sarcomes Myéloïdes, de leur côté, présentent une population cellulaire souvent variée. Toute la gamme myéloïde peut être plus ou moins imparfaitement représentée. D'où le sarcome myélocytaire (à myélocite), le sarcome myéloblastique (à myéloblaste), le sarcome érythroblastique (à érythroblaste).

Il est difficile souvent de distinguer les myélocytes et myéloblastes des lymphocytes et des lymphoblastes.

La différenciation peut être plasmocytaire, donnant lieu au plasmocytome. Parfois enfin, les éléments plus ou moins imparfaitement différenciés dans un sens déterminé, s'apparentent aux réticulocytes, les tumeurs se rapprochent alors des réticulo-sarcomes.

Il est donc inutile de souligner la grande parenté histogénétique de ces deux groupes.

c) **Pronostic :**

La croissance de ces tumeurs, qui s'ulcèrent par nécrose après un certain temps, est généralement rapide. « Surviennnt la fièvre, la diarrhée, des hémorragies et enfin la mort par cachexie après une durée totale de un à quatre ans ». (DARIER.)

Ces Sarcomes envahissent essentiellement les ganglions, mais les métastases, précoces, se font par voie sanguine plutôt que par voie lymphatique.

L'appareil hémopoïétique réagit et, à la fin, le sang présente souvent une hyperleucocytose avec prédominance des polynucléaires.

CASEY, en faisant la numération des mitoses dans ces tumeurs, a pensé formuler un pronostic précis en partant de l'examen histologique. En cas de nombre élevé de mitoses, les malades meurent rapidement ; au contraire, en cas de pourcentage faible de divisions cellulaires, ils succombent beaucoup plus tardivement ou même survivent après thérapeutique appropriée. La numération des mitoses devient ainsi un auxiliaire de valeur pour le pronostic.

En bloc, il semble que la tumeur soit d'autant moins rapide et envahissante que sa structure est plus organoïde, c'est-à-dire faite d'éléments plus évolués.

d) Thérapeutique :

Ces Sarcomes globo-cellulaires d'antan sont très radio-sensibles et ils le sont d'autant plus que la tendance lymphoïde ou myéloïde est plus marquée. C'est dire que la thérapeutique sera exclusivement radiothérapique.

Certains auteurs, en particulier SABRAZES et PRADE, ont préconisé, au début, l'exérèse chirurgicale précoce et complète.

Nous envisagerons donc ces deux procédés :

(a) L'Exérèse chirurgicale,

(b) La Radiothérapie.

(a) Exérèse chirurgicale :

Elle est adoptée par très peu d'auteurs. On lui reproche toujours de favoriser les dissémination post-opératoires. Elle paraît cependant utilisable à la période de début, alors que le néoplasme est représenté par une tumeur unique, petite. Et cela, à la condition expresse de pratiquer une exérèse large et de la faire suivre d'une radiothérapie complémentaire.

(b) Radiothérapie :

Elle est le traitement de choix de ces Sarcomes, aussi bien à la période de début que dans les formes infiltrantes et même dans les cas inopérables.

BAENSCH va jusqu'à en faire le traitement exclusif des Sarcomes lymphoïdes. Son action immédiate, dans ce dernier cas, est si rapide qu'elle sert de pierre de touche pour la diagnostic. Ces tumeurs sont, en effet, d'une extrême radio-snsibilité et elles fondent avec une dose deux fois plus faible qu'il n'en faut pour stériliser un épithélioma. Mais, en général, les manifestations cutanées sont en rapport avec des foyers profonds ; il faudra rechercher soigneusement ces métastases qui sont précoces. Les régressions rapides, tout d'abord obtenues, ne persisteront pas et les récidives surviendront à l'habitude entre la première et la deuxième année.

Toute tentative chirurgicale sera alors proscrite et l'on se bornera à irradier les foyers osseux ou les organes lymphoïdes atteints par le processus néoplasique. BAENSCH a opposé à ces récidives, soit la télécurie-thérapie, soit la roëntgenthérapie. Avec celle-ci, la méthode dite « des feux croisés » suffit dans la majorité des cas, selon cet auteur, la méthode « des irradiations fractionnées » ne donnant pas, en règle générale, de résultats durables supérieurs.

LACASSAGNE, BEGOUIN ont traité nombre de Sarcomes lymphoïdes et myéloïdes par la Radiothérapie. BEGOUIN, opposant des tumeurs radiothérapisées, généralisées avec une très grande rapidite quelques mois après, à des Sarcomes non traités, pour lesquels la généralisation ne s'était faite qu'après de nombreuses années (7 à 15 ans), se demande si la Radiothérapie ne hâte pas parfois la généralisation en mobilisant les cellules sarcomateuses non détruites.

Pour éviter ce coup de fouet thérapeutique, BAUMANN et SCHENKER emploient la roëntgenthérapie plus ou moins massive suivant la méthode des doses fractionnées et ils concluent à la supériorité manifeste de cette dernière.

Les rayons X ont encore obtenus des succès avec PAUTRIER et WORINGER. La Radiothérapie est, en effet, cliniquement effective pour CUTTLER dans 80 % des cas ; on note une régression de la tumeur, une suppression de la douleur et une amélioration de l'état général, le malade est ainsi assuré d'un soulagement temporaire et quelquefois la poussée néoplasique est enrayée.

En fait, les guérisons définitives sont rares. Sur 10 cas traités par Radiothérapie, GAUDUCHEAU n'a obtenu que deux guérisons dépassant une dizaine d'années.

Pour les tumeurs riches en lymphoblastes, JACOX, PIERCE et HILDRETH ont expérimenté deux méthodes d'irradiation : locale et générale.

Ils répétaient les irradiations locales sur les régions manifestement envahies, les ganglions profonds étaient rarement irradiés. Dans les irradiations générales, toutes les aires lymphatiques subissaient un

rayonnement de courte logueur d'onde pour les formations lymphatiques superficielles et d'onde moyenne pour les ganglions profonds.

Ils concluent à la supériorité de la deuxième méthode par irradiations générales, supériorité qui ne faisait que s'affirmer au cours des mois suivants.

La Radiothérapie permet encore de faire disparaître les complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution des lymphoblastomes.

La fièvre, le prurit avec ou sans infiltration de la peau indiquent un envahissement blastomateux des ganglions rétropéritonéaux. DESJARDINS, HABEIN et WATKINS, après irradiation de l'abdomen, ont noté leur disparition.

La Radiothérapie permet donc d'obtenir le maximum de résultat thérapeutique et, dans les cas heureux, des guérisons durables ; mais ces guérisons sont malheureusement rares. Il semble cependant qu'elles pourraient s'améliorer encore beaucoup grâce à la précocité du diagnostic et aux perfectionnements de la technique.

C) LES SARCOMES RETICULAIRES

Ces tumeurs réticulaires ont été identifiées depuis peu d'années et, de ce fait, sont assez mal connues, du moins en ce qui concerne leur localisation cutanée.

Comme leur nom l'indique, elles sont des néoplasies intéressant les réticulocytes des téguments. Elles sont caractérisées par un tissu proprement réticulaire ou fasciculé qui peut ressembler plus ou moins au Sarcome fuso-cellulaire.

Leur évolution clinique affirme une malignité particulière, malgré une notable sensibilité aux radiations.

a) **Rappel Clinique :**

L'affection débute par un nodule intradermique de consistance ferme, s'accroissant rapidement. Une adénopathie-satellite apparaît bientôt, s'ulcérant parfois. Elle est précoce et volumineuse.

Des nodules secondaires ne tardent pas à apparaître, la généralisation est très rapide.

b) **Rappel Histologique :**

La tumeur offre une trame réticulée qui enserre dans ses mailles des cellules de types fort variés. Sur les coupes préparées par imprégnation de nitrate d'argent, cette trame pré-collagène apparait distinctement, dessinant des sortes d'alvéoles irréguliers.

Les éléments qui occupent ces logettes offrent un type général comparable à celui des réticulomes du tissu lymphoïde.

La malignité est signée par l'atypie cellulaire essentiellement par les monstruosités et les nombreuses mitoses anormales.

c) **Pronostic :**

Les réticulosarcomes se propagent par voie lymphatique. Ils envahissent les ganglions avant de se généraliser ; puis, brutalement, les métastases essaiment dans les viscères. La mort survient inexorablement dans la plupart des cas.

d) **Thérapeutique :**

Le traitement chirurgical ne saurait être employé pour ces tumeurs particulièrement métastasiantes. Leur radiosensibilité, moins grande toutefois que celle des cancers globo-cellulaires, n'autorise qu'une thérapeutique à l'exclusion de toute autre :

(a) la Radiothérapie
(b) la Radiumthérapie.

(a) **Radiothérapie :**

C'est le traitement de choix.

EIGLER et KOCH l'ont employé en combinant Rayons X et Radium. Les auteurs pensent qu'avec une méthode radiothérapique appropriée, on doit arriver à guérir un grand pourcentage de réticulosarcomes.

Ils recommandent d'utiliser la roëntgenthérapie, car elle offre moins de difficulté que la curiethérapie.

De bons résultats ont encore été enregistrés par BELLER, qui rejette l'excision, même au couteau diathermique, et emploie les X en courtes irradiations.

Ces guérisons ne sont malheureusement que cliniques et de courte durée, allant, dans certains cas heureux, jusqu'à 15 mois. Le pourcentage de guérison définitive reste faible, démontrant, comme l'a fait remarquer GIANOTTI, une malignité particulière de ce type tumoral.

(b) **Radiumthérapie :**

Le radium a aussi été utilisé en application immédiate ou à distance, dans le but de faire surtout disparaître des reliquats de tumeurs, le traitement de base restant malgré tout la radiothérapie.

Comme EIGLER et KOCH l'ont fait remarquer, la curiethérapie des tumeurs étendues peut offrir des difficultés pour l'application régulièrement distribuée et de dose suffisante. Elle présente aussi un danger de nécrose osseuse par suite de l'importance des doses nécessaires. Pour cette raison, HALBERSTAEDTER et SIMMONS ont abandonné l'irradiation sans filtre ; ils utilisent soit l'irradiation à faible distance, au contact ou intra-tumorale, ce derner procédé trouvant surtout son application pour des tumeurs dont les parties marginales sont particulièrement épaissies. BECK conseille encore la curiethérapie par puncture ou moulage sur la tumeur primitive, mais il fait suivre ces applications de radium de roëntgenthérapie ou de curiethérapie externe sur la tumeur et les territoires ganglionnaires.

Il a ainsi obtenu de nombreuses rétrocessions complètes ou partielles pour les cancers ainsi traités.

D) LES SARCOMES HISTIOCYTAIRES

Ce sont des tumeurs malignes encore peu connues dont les éléments manifestent à des degrés variables, les propriétés essentielles de l'histiocyte jeune, en particulier le pouvoir pexique.

a) **Rappel Clinique :**

L'histiocytosarcome paraît se rencontrer à tout âge, sans distinction de sexe.

C''est, en général, une tumeur unique, localisée habituellement aux membres. Elle est, la plupart du temps, de petit volume, ne dépassant pas celui d'une noix. La lésion apparaît insidieusement et lorsque le malade consulte à cette période de début, on se trouve en présence d'une tumeur non ulcérée, bien limitée, enchassée en quelque sorte profondément dans le derme et surtout appréciable à la palpation.

C'est une tumeur plus ou moins diffuse, à base indurée et mal limitée, plus ou moins mobile sur les plans profonds.

De couleur rose bistre, elle prend l'aspect nettement sarcomateux à la phase ulcérative ; les bords de la plaie sont alors décollés, surélevés et bourgeonnants.

Comme pour l'histiocytome bénin, le développement est indolent ; mais contrairement à ce dernier, il est progressif et, comme l'ont montré WORINGER et KVIATKOWSKI, on n'observe pas ces stationnements coutumiers de l'histiocytome bénin.

b) **Rappel Histologique :**

Cette néoplasie naît dans le derme moyen.

On retrouve dans le tissu tumoral dépourvu de fibres élastiques, des cellules à noyaux bourgeonnants monstrueux, à protoplasme bourré d'enclaves lipoïdiques et de granulations graisseuses, pigmentaires, tout comme le sont les cellules fusiformes, en virgules, enchevêtrées, de l'histiocytome bénin.

Cette infiltration lipoïdique est plus ou moins accentuée. Elle résulte des propriétés phagocytaires très spéciales du système réticulo-endothélial en général et de l'histiocytome en particulier.

Ces cellules à noyau bourgeonnant alternent avec des éléments plus petits, arrondis, à noyau clair, bien délimité, finement réticulé et nucléolé.

La cancérisation apparaît ainsi, mise en relief par le nucléole démesuré, le bourgeonnement anormal des noyaux, les mitoses anormales.

c) **Pronostic :**

Le développement local de ces tumeurs est assez rapide, les récidives fréquentes, mais il ne se produit pas de métastases.

Ainsi, l'histiocytome malin paraît jouir en quelque sorte d'une certaine bénignité clinique.

d) **Thérapeutique :**

Cette tumeur, peu fréquente, est assez mal connue dans ses réactions thérapeutiques.

Le fait qu'elle est composée en partie d'éléments jeunes explique, comme l'ont montré PAUTRIER et WORINGER, sa vulnérabilité à la seule action des rayons X.

Dans la conduite de la thérapeutique, il ne faut pas perdre de vue que l'on est en face d'un cancer justiciable, de ce fait, d'un traitement radical.

Ce dernier, toutefois, doit tenir compte de la malignité surtout locale de l'histiocytome.

Deux méthodes ont été principalement préconisées :

(a) l'exérèse au bistouri électrique,

(b) l'exérèse suivie de rayons X ou de radium.

(a) **l'exérèse électrique** a détrôné l'ablation chirurgicale simple qui, selon WORINGER, ne donnerait pas de résultats satisfaisants. Des récidives ont, en effet, été enregistrées à la suite d'un pareil traitement.

L'électro-coagulation économique entre les mains de WORINGER, ZORN et LABOURGADE a donné d'excellents résultats dans le traitement d'un sarcome histiocytaire du pouce.

(b) **l'exérèse suivie de rayons X ou de radium** permet un traitement plus complet. Après ablation assez large au bistouri électrique, un examen histologique sera pratiqué, suivi d'une application plus ou moins large de radium ou de rayons X.

E) LES SARCOMES INCLASSABLES

L'étude histologique attentive des sarcomes cutanés permet, dans la très grande majorité des cas, un diagnostic nuancé et un classement précis.

Cependant, il existe quelques cas pour lesquels une description histo-morphologique est seule possible, sans que l'on soit autorisé à conclure formellement à tel ou tel type du cadre précédent. Ces faits sont réunis sous le vocable momentané de sarcomes inclassables.

Nous n'insisterons pas sur ce groupe d'attente, au reste étroit.

Nous rappellerons seulement que pour ces faits il y a lieu de s'inspirer, pour les conclusions pronostiques et le choix des thérapeutiques, des analogies qui peuvent être relevées avec les groupes précédents.

CONCLUSION

En résumé, tels sont les sarcomes cutanés, dont le diagnostic clinique reste encore souvent difficile.

L'étude histologique a plus que son mot à dire. C'est elle qui permet une classification morphologique et surtout histogénétique de laquelle découlent et le pronostic et le choix de la thérapeutique optima.

Ainsi, le **Pronostic** dépend, pour une bonne part, de la nature histologique. Mais, bien entendu, en face d'un tel sarcome, d'autres facteurs doivent être également pris en considération : l'existence ou non de métastases viscérales, le mode évolutif local du néoplasme sur une peau malade (syphilis, lupus, cicatrice, radiodermite), la notion des traitements pratiqués antérieurement, chirurgicaux et surtout radiothérapique, les infections secondaires enfin.

Le **Traitement,** qu'il soit chirurgical ou radiothérapique, représente comme l'a fait remarquer BAENSCH un des chapitres les plus décourageants de la thérapeutique. Et cela n'est que le résultat de la malignité des sarcomes quel que soit leur siège.

Les chances de guérison y sont bien moindres que dans les épithéliomas : la généralisation précoce est étendue.

Leur radiosensibilité est, en principe, d'autant plus grande que les cellules tumorales sont plus indifférenciées ; malheureusement, leur degré de radio-sensibilité est en quelque sorte parallèle à leur degré de malignité, surtout en ce qui concerne la précocité des métastases.

Pour BAENSCH, les sarcomes radio-résistants doivent être exclusivement traités par la chirurgie.

DYES, en s'appuyant sur des statistiques représentant 85 sarcomes de différents types traités soit par la chirurgie seule, soit par radiothérapie ou par association des deux méthodes, pense que l'essentiel est de savoir que les deux procédés sont également efficaces et que c'est par l'emploi judicieux de leur combinaison qu'on peut espérer réduire l'important pourcentage des malades inguérissables.

LEUCUTIA confirme cette thèse : ni la chirurgie, ni la radiothérapie n'ont de règles précises.

Bien qu'en principe tous les sarcomes opérables doivent être enlevés immédiatement, il y a des exemples où la radiothérapie pré-opératoire est d'une grande utilité ; ceci est particulièrement vrai pour les sarcomes du groupe fibroblastique tels que sarcomes à cellules rondes, réticulosarcomes, sarcomes fuso-cellulaires.

D'autre part, il semble plus sûr, lorsqu'une biopsie est nécessaire, d'enlever un nodule métastatique en entier, plutôt que d'essayer de prélever un fragment de la tumeur primitive.

HALBERSTAEDTER et SIMMONS préfèrent une irradiation d'essai à une biopsie et, pour eux, les caractères cliniques ont plus de valeur que ceux fournis par l'histologie.

En ce qui concerne la radiothérapie, le degré de radiosensibilité est pour LEUCUTIA la base du traitement.

Dans la majorité des cas, il y a cependant avantage à associer la chirurgie à la radiothérapie.

RINDIN, au début, pratique l'opération radicale, accompagnée de radiothérapie préventive précoce.

Dans les autres variétés de sarcomes, le traitement dépend du stade de l'évolution.

Au stade précoce, l'opération radicale s'impose ; au stade tardif, la radiothérapie palliative est seule possible.

KONIG a été jusqu'à opérer la lésion primitive même en cas de métastases pulmonaires, irradiant ensuite les localisations métastatiques qui, souvent, fondaient sous les rayons X.

Quoi qu'il en soit, si les résultats radiothérapiques immédiats sont remarquables, ces succès initiaux ne sont que passagers et de courte durée.

Signalons, enfin, lorsque la tumeur naît sur une peau pathologique, la nécessité d'éviter les irradiations qui peuvent causer des lésions des tissus matriciels.

L'irradiation intra tumorale, la diathermo-coagulation sont, dans ces cas, toutes indiquées et peuvent donner des résultats intéressants.

CHAPITRE IV

LES TUMEURS DE TYPE SPECIAL

A) LES MELANOMES MALINS ;

B) LES TUMEURS MALIGNES DU SYSTEME NERVEUX CUTANE : LES SCHWANNOMES

A) LES MELANOMES MALINS

Les Mélanomes malins dont on connaît la redoutable gravité, sont des tumeurs fort heureusement rares. On les observe, en effet, d'après l'ensemble des statistiques dans les proportions de 1 pour 20 cancers cutanés.

Ces néoplasies malignes constituent un type très spécial. C'est le cancer du tissu pigmentaire ; l'élément de base, la cellule souche, en est le mélanoblaste. Cependant, la pigmentation n'est pas une règle absolue et comme le montrent les mélanomes achromiques, l'imprégnation mélanique peut être très discrète, voire même absente.

L'origine de ces néoplasmes se fait, en général, aux dépens de taches pigmentaires de naevi ; d'où, le nom de naevo carcinomes donné à ces cancers. Cette appellation n'est que partiellement justifiée du reste, comme l'a montré KREIBICH, car l'étiologie naevique n'est pas une règle absolue.

Certains facteurs, comme du reste dans tout processus néoplasique, jouent un rôle d'importance capitale dans le mécanisme de la cancérisation de ces naevi. Ce sont les irritations chroniques, les multiples petits traumatismes répétés, les traumatismes uniques, même, éventuellement, des facteurs microbiens et chimiques,

Certains caustiques, une thérapeutique inconsidérée, une cautérisation incomplète d'un naevus, peuvent avoir la même action cancérigène que celle obtenue expérimentalement avec certaines substances comme le goudron.

Ces tumeurs sont éminemment graves : rapidement infiltrantes, et surtout métastasiantes, peu vulnérables et, au surplus, essentiellement irritables.

D'où la nécessité de prendre une orientation thérapeutique très déterminée, à l'exclusion de tout autre, et cela, aussi rapidement que possible.

Afin de mieux apprécier les circonstances pronostiques et les conditions thérapeutiques applicables à de pareilles tumeurs, nous rappellerons succinctement quelques nations d'ordre courant.

a) Rappel Clinique :

Les Mélanomes offrent cliniquement une symptomatologie bien déterminée.

C'est un malade, plus fréquemment une femme d'une quarantaine d'années, qui présente un lentigo depuis longtemps, sinon depuis toujours. Depuis quelque temps, ce naevus est entouré d'une zone inflammatoire ; il a doublé de volume en quelques semaines et brunit encore, surtout au centre.

La malade consulte, étonnée de ce brusque changement dans l'esthétique d'un grain de beauté qu'elle pensait fixé depuis longtemps.

Son attention a été tout d'abord attirée par un léger prurit et quelques sensations de brûlures.

Le lentigo continue à augmenter de volume ; sa surface devient mamelonnée, sa coloration, noire ou brûnâtre, avec, à la périphérie, une zone pigmentée qui évitera toute erreur en cas d'absence de pigment sur le naevus lui-même.

Nous assistons alors à une infiltration en masse, ou même sous forme nodulaire. La tumeur devient dure, ce qui contraste avec la mollesse habituelle des naevi.

A cette période, les métastases sont de règle, souvent précoces. Certains éléments cancéreux charriés

par la lymphe, se greffent dans le domaine lymphatique tributaire de la région atteinte ; un foyer secondaire est créé. L'infestation cancéreuse locale au début est devenue régionale.

A ces métastases lymphatiques succèderont rapidement les métastases par voie sanguine ; la cancérose atteindra sa dernière phase évolutive de généralisation.. L'état général est gravement touché ; au cours de cette cachexie progressive, il n'est pas rare qu'apparaisse une sorte de mélanodermie généralisée.

Il est même fréquent, d'ailleurs, qu'un ou plusieurs foyers métastatiques se révèlent, alors que rien ne laissait prévoir la transformation d'un naevus connu et d'apparence toujours bénigne, ou même sans qu'un naevus d'origine ne soit repéré.

En tout cas, le caractère dominant de ces mélanomes est l'évolution rapide et l'extrême malignité.

b) **Rappel Histologique :**

Si l'on veut bien comprendre la structure, et plus particulièrement le polymorphisme du mélanome malin, il est bon de se rappeler la structure du naevus cellulaire bénin.

1° **Naevus bénin :** Le mélanoblastome de dimensions variables (volume du grain de mil à celui d'une noisette et même plus), se présente sous des types cliniques bien différents morphologiquement. Cependant, la structure de ces naevi : lentigo, naevus tubéreux, papillomateux ou molluscoïde montre une parenté entre ces différents types.

On retrouve toujours les mêmes éléments d'aspect épithélioïde groupés en amas dans le derme. Ce sont les cellules naeviques dont, éventuellement, certains îlots peuvent gagner les profondeurs de l'épiderme (ségrégation « intra-épithéliale » de DARIER).

MASSON a particulièrement mis en relief les différences structurales qu'affectent les éléments naeviques au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'épiderme. Franchement épithéliales en surface, elles deviennent conjonctives, myoïdes et schwanniennes en profon-

deur ; les groupes cellulaires offrent un aspect carcinomateux en surface, pour devenir endocrinien, fibroblastique, musculaire et schwannien au fur et à mesure que l'on gagne la profondeur.

2° **Mélanome malin** : Développé aux dépens des éléments naeviques, il offre une structure générale assez variable, tout en conservant un air de famille auquel un initié ne se trompe guère.

Les éléments naevo-carcinomateux sont remarquables par leur polymorphisme, leur inégalité de volume, d'où diversité de structure : type endocrinien, type épithélioïde, type sarcomateux.

La malignité est signée : par la variabilité et par le polymorphisme fréquent de la morphologie cellulaire, ainsi que par la présence habituelle, mais non constante, de pigment mélanique. Certaines formes, en effet, sont achromiques, amélaniques, les cellules épithélioïdes ne présentant alors que de très fines ponctuations de poussière brunâtre.

a) **Variabilité de l'architecture,** tantôt carcinomateux aux éléments sertis de collagène, séparés par de fines alvéoles, tantôt trabéculaires, endothélioïdes, endocriniens, sarcomateux, etc..., les mélanomes semblent se différencier les uns des autres par cette diversité architecturale.

b) **Le polymorphisme cellulaire** est extrême dans la forme de ces cellules néoplasiques, souvent polygonale, rappelant l'aspect épithélial, parfois très polymorphe.

Leurs noyaux déformés, hypertrophiés, présentent de nombreuses figures de mitoses anormales. La chromatine affecte parfois une disposition rayonnée.

SABRAZES et son élève IMBERT ont décrit les types suivants qui réunissent les différentes morphologies :

1) **Type banal à cellules sombres,** plus ou moins différenciées, avec une légère évolution malpighienne, cylindromateuse, langerhansienne.

2) **Type à cellules claires** aux éléments plurinucléés pouvant,à l'occasion, prendre un aspect polykariocytoïde, pseudo-xanthomateux ou pseudo endothélioïde, avec sécrétion de collagène ou de pré-collagène.

3) **Type à cellules monstrueuses** essaimées dans un tissu fondamental fuso-cellulaire, d'un polymorphisme très poussé.

4) **Type sarcomatoïde** aux éléments plus particulièrement allongés, fibroblastiques.

c) **Le pigment** est distribué dans le naevo-cancer sous forme de petits grains très fins ou de blocs bruns ou noirs, infiltrant habituellement le cytoplasme de certaines cellules tumorales et le tissu conjonctif du stroma.

Il présente les caractères physico-chimiques de la mélanine, ce n'est donc pas un pigment ferrugineux.

c) Histogénèse :

Il nous paraît utile de dire un mot de l'histogénèse de ces tumeurs.

Depuis la première étude anatomique, remontant à WIRCHOV (1854) qui, dans un mémoire resté classique, décrit le sarcome mélanique et le carcinome, les anatomopathologistes ont soutenu diverses théories concernant l'origine des mélanomes. Des origines vasculaire et lymphatique autrefois ardemment défendues par quelques auteurs, il ne peut plus être question.

Seules les genèses épithéliale et nerveuse sont admissibles.

a) **Origine épithéliale :** a été soutenue, vingt ans après WIRCHOV, par DURANTE. GAILLARD et GEBER, à la même époque, signalèrent l'hypertrophie des bourgeons papillaires, ainsi que l'hyperpigmentation de l'épiderme.

VARIOT, HUGUES, RENOUL et FILANDEAU soutinrent aussi la thèse épithéliale, qu'AUBRY et DARIER vulgarisèrent en France, après sa mise en vedette par les grandes recherches de UNNA.

Ce dernier estimait que les infiltrations naeviques se faisaient par « un étranglement de parties de l'épiderme qui tombaient comme des gouttes dans le derme ». Il y aurait donc de véritables inclusions épithéliales, la cellule naevique devenant ainsi une cellule épithéliale modifiée et émigrée.

b) **Orgine nerveuse :** La discussion sur l'étiologie des cellules naeviques reste encore ouverte. Cependant, dans une série de recherches récentes, MASSON a été amené à considérer les naevi comme des tumeurs nerveuses. EWING, de même, repoussant les idées de UNNA, se range, avec SOLDAN, aux côtés de MASSON. Nous ignorons, dit-il, si ces cellules naeviques sont d'origine neuro-ectodermique ou mésoblastique, mais un fait semble certain : elles ne sont pas d'origine épithéliale. Elles donnent naissance aux chromatophores, le processus inverse ne s'observant jamais.

On sait que l'épiderme contient : des chromatophores quiescents non pigmentés, des chromatophores mobiles pigmentés, des cellules semblables aux cellules naeviques et appartenant aux organes nerveux terminaux intra-dermiques.

Les naevi seraient, pour ces auteurs, des neuro-neurinomes des nerfs tactiles.

Cette origine est à retenir lorsqu'on veut apprécier le comportement particulier de ces tumeurs.

d) **Pronostic :**

a) **Considéré d'un point de vue général,** le mélanome malin, quel que soit l'âge du sujet, est certainement la forme la plus grave des cancers cutanés. Sa marche rapide, ses métastases souvent précoces, en font une affection inexorable.

La tumeur peut évoluer cependant exceptionnellement avec une grande lenteur et augmenter de volume pendant des années, sans que l'on assiste à la production de métastases. Alors, à la suite d'un traumatisme quelconque, la tumeur peut s'accompagner de métas-

tases et revêtir une marche aiguë, rapidement mortelle.

Abandonnées à elles-mêmes, ces néoplasies ne peuvent espérer une guérison. Seul, un diagnostic précoce et une thérapeutique heureuse donnent des chances de succès.

Détruits en totalité, dès les premiers symptômes, la guérison peut être définitive. Cependant, lorsque le traitement est insuffisant et imparfait, il peut provoquer l'apparition brutale de métastases restées latentes jusque-là.

Dans l'ensemble, le pronostic peut être favorable en cas de mélanome malin isolé, pris à l'extrême début, et traité énergiquement.

Dans les cas de mélanome déjà accompagné de métastases, l'insuccès est la règle, l'évolution se faisant inexorablement sans que rien ne puisse arrêter l'issue fatale.

b) **Les modalités de structure** impriment-elles à ces tumeurs des modalités évolutives ? La cellule mélanique est comparée à la cellule des paragangliomes par MASSON. Isolée, la cellule chargée de grains de sécrétion ne révèle aucune aptitude endocrinienne, groupée, elle déverse son contenu dans les vaisseaux et le stroma et adopte la structure endocrinienne.

Dans les glandes endocrines, les cellules présentent une orientation particulière de la polarité. Ce caractère se retrouve distinctement dans certains mélanomes où cette disposition s'explique par suite de l'élaboration mélanique que l'on peut considérer, suivant MASSON, comme une sécrétion particulière « cytocrine », car le produit pigmentaire n'est pas soluble et diffusible.

Dans les organes chromafines, la sécrétion qui était neurocrine devient endocrine ; dans le cas du mélanoblaste, la sécrétion cytocrine devient endocrine. Le mélanoblaste, en effet, transmet à d'autres cellules épidermiques ou phagocytaires, le pigment déversé dans la circulation.

Il y a donc deux étapes :

— **cytocrine** : transmission du pigment sécrété au mélanoblaste ;

— **endocrine** : le mélanoblaste distribue la mélanine aux éléments épidermiques.

Cette conception nous montre qu'il n'y a pas dans la structure différente de ces tumeurs, la preuve d'aptitude physiologique particulière, mais simplement des combinaisons dues au hasard, qui ne modifient en rien leur aptitude.

En définitive, cette assimilation avec les paragangliomes souligne le caractère nerveux de ces tumeurs et nous savons combien le tissu nerveux ou para-nerveux est peu sensible aux radiations dont nous disposons aujourd'hui.

e) Thérapeutique :

Il est trop courant que le praticien oublie, en face d'un mélanome malin qu'il est tenu d'observer, une thérapeutique bien déterminée.

Une erreur opératoire, une négligence peuvent être fatales à la vie du malade. Il convient donc d'obéir à des règles très strictes.

Sans aller jusqu'à détruire systématiquement tous les naevi pigmentaires, il est prudent de surveiller avec attention ceux exposés, par leur siège, à des transformations cancéreuses.

I) Ce qu'il ne faut pas faire :

les irriter dans un but thérapeutique par l'emploi inconsidéré de caustiques. Gratter ou manipuler d'une façon intempestive tout naevus quel qu'il soit, au risque de pousser à cette transformation cancéreuse, ou, si celle-ci est déjà réalisée, de favoriser l'sssaimage.

Les méthodes à ne pas employer :

(a) **Le thermo** et **le galvanocautère** sont à rejeter entièrement. Leur emploi constitue une véritable faute, et certains malades qui auraient pu guérir rapidement, se voient, par une faute de technique, condamnés.

(b) **Le cryocautère** est également à bannir. Son action est beaucoup trop superficielle.

(c) **Le bistouri électrique** employé seul, conduit à de trop nombreux échecs. LACASSAGNE a signalé cependant des cas de guérisons de naevo-cancers, après excision locale et évidement ganglionnaire.

(d) Une méthode à rejeter définitivement est **l'excision au bistouri.** Elle provoque de véritables catastrophes, la mortalité allant jusqu'à 100 %, comme l'a fait remarquer Mac ENEN.

LOUSTE, CAILLAU et BOUDIN déplorent que certains chirurgiens puissent encore continuer à l'heure actuelle, à procéder à l'exérèse de semblable lésion. COSTE la juge aussi contre-indiquée dans le traitement des naevo-cancers. Elle ne doit être employée, pour HOLFELDER, que suivie immédiatement de radiothérapie et lorsqu'indispensable ; l'opération sera limitée ne s'exécutant pas nécessairement en territoire sain, ne faisant en somme que préparer la radiothérapie qui est la partie essentielle du traitement.

MATRAS ne l'utilise que pour l'ablation des lésions primitives, mais toujours ii irradie prophylactiquement les cicatrices opératoires. Cette méthode est encore employée par cet auteur pour les évidements ganglionnaires combinée à la roëntgen ou à la curiethérapie de sécurité post-opératoire. SCHARNAGEL, en cas de métastases opérables, fait aussi une dissection qu'il a soin d'irradier immédiatement.

II) **Ce qu'il faut faire :**

A la moindre alerte, en présence d'un naevus qui s'ulcère, saigne, se pigmente, on interviendra immédiatement en supprimant largement comme s'il s'agissait déjà d'un néoplasme malin.

Lorsqu'il s'agit de tumeur naevique dont la malignité se confirme, il convient d'agir aussi immédiatement en faisant appel aux méthodes qui réduisent au minimum les risques de greffes et les dangers d'essaimage.

Les moyens thérapeutiques à utiliser contre le mélanome malin sont :

(a) L'électro-coagulation,

(b) L'électrolyse,

(c) La radiothérapie.

(a) ELECTRO-COAGULATION

1° Principe. — Avantages et inconvénients de la méthode :

L'électro-coagulation diathermique à l'aide des courants électriques de haute fréquence, surclasse de beaucoup les procédés employés pour le traitement des naevi.

Elle coagule, en effet, d'une façon massive, les tissus néoplasiques, bloquant immédiatement les vaisseaux lymphatiques et sanguins. Elle permet en quelque sorte une véritable dissection et un curettage « à sec ».

C'est une chirurgie non sanglante, bien différente de la chirurgie ordinaire, c'est réellement le procédé de choix pour la destruction des naevi. Elle permet une **destruction** et une **coagulation** rapides.

On a reproché à la diathermo-coagulation d'être aveugle ; cette critique n'est pas justifiée. Il est, en effet, possible de limiter avec exactitude la destruction à opérer ; il convient pour cela de coaguler plan par plan et de curetter au fur et à mesure que l'on avance en profondeur dans les tissus. On peut même affirmer que l'électro-coagulation bien dirigée évite les délabrements imprévus. L'hémostase s'effectue automatiquement au cours de l'intervention et il n'y a pas d'hémorragies.

Ce procédé de coagulation offre encore l'avantage suivant : la chaleur qui se développe dans les tissus ainsi traitée détruit les germes infectieux, produisant une véritable stériltsatton automatique.

L'opération est peu douloureuse et ne nécessite qu'une anesthésie locale.

Ces opérations ne produisent jamais de choc opératoire, même chez les malades très âgés, l'hémostase étant absolue, l'intervention rapide.

L'action destructive en profondeur n'est pas limitée

comme avec le bistouri à l'exérèse des zones sectionnées.

DOYEN a démontré qu'au delà de la zone coagulée se trouvait une zone assez étendue où la température voisinant de 60° pouvait coaguler les cellules néoformées en respectant la vitalité des cellules saines. Cette propriété explique l'absence de récidive et de métastase si fréquentes après opération sanglante.

Signalons, enfin, la possibilité de retoucher une première intervertion incomplète, où la nécessité de plusieurs interventions pour des naevi de grande étendue. Toutes les retouches nécessaires sont possibles, car la diathermie n'offre pas les ennuis des phénomènes de radio-résistance des rayons X.

2°) Technique :

Le malade est assis sur le diélectrique souple et l'électrode active, une aiguille le plus souvent est appliquée au sommet de la petite tumeur. Au passage du courant, on voit le naevus blanchir, se rétracter en une croûte, qui tombera quatre ou cinq jours après.

Les tissus sains résistant davantage, « une sélec-« tion se fait entre les parties à détruire et celles à « respecter, elle crée des plans de clivages à la limite « des zones malades et des zones saines ».

La curette détache avec facilité les tissus cancéreux coagulés. On termine l'intervention en vérifiant les régions qui saignent, s'effritent et paraissent, de ce fait, suspectes. On s'arrêtera en arrivant sur un plan résistant.

Après avoir ainsi examiné le fond de la plaie et détruit les zones douteuses, un blocage parfait du système lymphatique se trouve réalisé. Les échanges seront momentanément supprimés entre la plaie opératoire et les tissus non coagulés.

Certains auteurs, avant de coaguler la partie centrale, pratiquent une zone d'isolement autour de la tumeur. Cette technique est la meilleure. Elle limite les conditions d'essaimage, but principal dans la conduite du traitement.

3°) Soins post-opératoires

La réaction post-opératoire est bien plus faible qu'avec les autres procédés de destruction, pas de gêne, ou du moins très supportable et de courte durée.

Ainsi traités, les tissus forment une escarre qui ne tarde pas à s'éliminer d'elle-même.

Aucun pansement n'est nécessaire.

4°) Résultats

Il n'y a pas d'escarre au cours de l'intervention ; en effet, la curette a enlevé la plus grande partie des éléments qui devaient la former. La cicatrice est souple, non rétractile, ce qui ne se produit jamais avec l'emploi du thermocautère ou de l'électrolyse.

Tous ces avantages ont fait dire à certains auteurs, JOLY en particulier, que la diathermo-coagulation était le seul traitement des naevo-cancers. ROUSSY et HUGUENIN y voient aussi, d'une façon plus générale, le traitement de choix des tumeurs noires et PERIN pense que c'est le meilleur mode de destruction des naevi quiescents et des naevo-carcinomes constitués, n'utilisant l'électrolyse qu'à défaut de possibilité technique.

Pour les tumeurs volumineuses, dont l'ablation a nécessité un délabrement important, la cicatrice se fait dans de bonnes conditions, mais au bout d'un mois à un mois et demi.

En général, les interventions se font sur des tumeurs moyennes, se cicatrisant en quinze à vingt jours. SPILLMANN, WATRIN et WEILLE ont rapporté, dans une observation, l'heureux résultat obtenu au bout d'un mois environ par électro-coagulation d'un naevo-carcinome de la joue.

Quel que soit l'âge des malades, le résultat esthétique est toujours bon, et si, chez les sujets âgés, la cicatrisation est un peu plus lente, la sénilité de la peau, ses rides, masquent une cicatrice à peine visible sur une peau jeune.

LOUSTE, CAILLAU, BOUDIN ont insisté sur la valeur de l'électro-coagulation qui, appliquée selon la méthode de RAVAUT, donne d'excellents résultats. BLANC confirme cette thèse en disant que cette méthode est la seule thérapeutique rationnelle des naevo-cancers. Il cite une observation très instructive de 3 cas, dont 2 traités chirurgicalement se terminèrent par la mort après généralisation, alors que le 3e, traité par diathermo-coagulation, guérit.

BIOPSIE. — Le praticien hésitant devant un diagnostic fait souvent appel à l'anatomo-pathologiste : une biopsie pré-opératoire rend de grands services.

ROUSSY et HUGUENIN pratiquent ainsi le prélèvement au cours de l'intervention visant à extirper la tumeur. TAILHEFER, de même, fait suivre la biopsie d'une électro-coagulation large immédiate sous anesthésie régionale ou générale. CALDERON, comme ces auteurs, ne la pratique qu'au cours de l'ablation de la lésion mélanique par électro-chirurgie.

Dangereuse au bistouri chirurgical, elle peut être faite au bistouri électrique en prélevant en bloc un fragment tumoral à la limite du tissu sain et du tissu malade. L'examen histologique pourra ainsi différencier les deux tissus et apprécier le degré d'envahissement du tissu sain ou présumé tel. Cette exérèse électrique devra toujours être suivie d'une coagulation minutieuse qui empêchera l'essaimage.

5°) Incidents. Complications éventuelles

Après une électro-coagulation de la tumeur, certains petits bourgeons peuvent apparaître ; il sera intéressant de les faire examiner, et le résultat du laboratoire nous dira s'il s'agit d'un tissu inflammatoire ou si le bourgeon est le siège d'une reprise néoplasique.

Dans ce cas, une nouvelle intervention, un nettoyage minutieux, une véritable retouche en somme des zones ainsi révélées cancéreuses seront immédiatement pratiquées.

Pour limiter les récidives, il convient donc de s'entourer de nombreuses précautions :

Une bonne électro-coagulation est nécessaire avec curettage des zones friables jusqu'au tissu sain résistant.

Une coagulation du bas fond tumoral avec hémostase des vaisseaux, parfois nécessaire, sera suivie d'une surveillance de la plaie qui commandera une intervention nouvelle à la moindre prolifération suspecte.

Pour éviter ces ennuis possibles, FOERSTER, après toute excision au bistouri ou au couteau diathermique même lorsque celle-ci est large et semble complète, fait une application de radium ou de R. X. à une dose suffisante pour détruire toutes cellules restantes. HINTZE associe toujours, comme FOERSTER, radiothérapie et électrochirurgie, comptant ainsi 35 % de guérisons de cinq ans. TAILHEFER, enfin, estime que souvent l'intervention sur les naevo-cancers est trop locale et qu'il faut toujours évider par électrochirurgie les régions ganglionnaires correspondantes presque constamment envahies par le néoplasme. Le traitement comprend deux temps principaux pouvant être réunis au cours de la même séance opératoire :

— une biopsie tout d'abord suivie d'une coagulation large de sécurité, sans danger par conséquent du point de vue essaimage ;

— un évidement électrochirurgical de la région ganglionnaire correspondant à la lésion primitive.

(b) ELECTROLYSE

DARIER, BROCQ, BELOT utilisent l'électrolyse négative, électrolyse dite en berceau, les aiguilles étant plongées à la limite probable du néo et des tissus sains. Ces auteurs ont obtenu des cicatrices esthétiques ; l'escarre se produisait au bout de deux ou trois semaines.

RAVAUT et FERRAND, après avoir montré les déboires de la chirurgie, l'inefficacité du radium et des rayons X, l'insuffisance de destruction par le thermo ou le galvanocautère, l'air chaud ou le froid, affirment que l'électrolyse suffit pour les lésions peu étendues.

Cette méthode est certes excellente, son action inhibitrice et stérilisante sur le processus de néoplasie mélanique se fait même à distance. On peut cependant lui reprocher de limiter le champ d'action sur des zones réduites, les séances sont longues. Au total, les tumeurs étendues ne peuvent être ainsi traitées.

(c) RADIOTHERAPIE ET RADIUMTHERAPIE

Quant aux rayons X et au radium, on ne doit les employer, si du moins l'on se conforme à l'opinion classique, que pour des néoformations étendues inopérables. C'est ce que fait PERIN, qui les utilise isolément. Cependant, au cours de ces dernières années, certains praticiens ont utilisé la radiothérapie pour ces tumeurs réputées très radio-résistantes, et il semble, en considérant les résultats obtenus, qu'avec les progrès de la technique et de l'appareillage, le dogme de l'invulnérabilité de ces tumeurs aux radiations soit fortement battu en brèche.

SCHINZ est d'avis de faire un essai roëntgenthérapique intensif, en gardant en réserve la coagulation pour le cas où les rayons n'auraient pu amener la guérison.

Les meilleurs résultats, pour HOLFELDER, ont été obtenus avec de fortes doses de R. X. pénétrants. Après traitement, l'auteur a observé, d'une manière constante, l'élimination de la mélanine par les reins. La roëntgenthérapie permet d'obtenir une amélioration clinique persistant plusieurs années et même une guérison complète.

CHAOUL et GREINEDER font aussi des irradiations, mais à très courte distance, avec faible filtration. L'intensité est très élevée, les doses oscillent entre 10.000 et 38.000 R. (3 à 500 R. par jour). Ils ont ainsi traité des tumeurs assez volumineuses ayant jusqu'à la grosseur d'une tête de fœtus, et ont noté avec ce procédé la disparition de la masse tumorale et des engorgements ganglionnaires.

Mac ENEN utilise aussi des doses élevées en cherchant à donner la dose maxima en aussi peu de jours que possible.

Si la lésion est cutanée, l'auteur recommande l'irradiation sous une tension de 120 Kv. avec une filtration de 0 mm. 5 d'aluminium pour éviter de trop graves altérations de la peau avec une dose excessive.

Pour les petites néoformations ne dépassant pas 5 cm., EVANS et LEUCUTIA préconisent l'irradiation hypermassive en une séance avec un rayonnement caustique peu pénétrant. Ils font une irradiation mixte pénétrante d'abord, puis caustique pour les formations cancéreuses dépassant 5 cm., nettement surélevées, ou encore ils font suivre l'irradiation pénétrante d'une exérèse chirurgicale.

MATRAS fait d'abord l'ablation précoce et totale de la lésion primitive, puis de la radiumthérapie prophylactique sur la cicatrice opératoire. Il explore méthodiquement les régions ganglionnaires et, éventuellement, pratique un évidement combiné à la roëntgen ou à la curiethérapie post-opératoire.

CARERA a utilisé la curiethérapie seule ; elle lui a donné quelques succès, notamment sur des mélanomes apparus sur cicatrice opératoire.

Si la lésion est profonde, il est préférable d'irradier sous tension de 200 à 220 Kv., comme le recommande Mac ENEN, en filtrant avec cuivre et aluminium on donnera au maximum la dose immédiatement inférieure à celle qui causerait une altération définitive des tissus environnants, c'est-à-dire sensiblement 130 % de la dose érythémateuse.

BELOT a obtenu quelques succès en employant à doses énormes des rayons sélectionnés pour des tumeurs inaccessibles à l'électro-chirurgie courante.

COSTE, de même, utilisant la radiothérapie depuis une quinzaine d'années, compte plus de 80 % de bons résultats.

SPEDER (Maroc) a, lui aussi, traité par cette méthode, avec succès, nombre de mélanomes et il estime qu'avec une technique appropriée et un appareillage moderne, on arrive aisément à vaincre la radio-résistance de ces néoplasies.

Ainsi, la radiothérapie tend à perdre de plus en

plus le discrédit qu'une insuffisance de moyens plus qu'une mauvaise technique lui avait causé.

Les résultats obtenus de nos jours sont des plus encourageants. C'est ainsi qu'un radiologue anglais, ELLIS, rapporte de nombreux cas de mélanomes où les irradiations ont obtenu 31,7 % de succès. Les raisons des échecs devant être recherchées, pour cet auteur, dans le traumatisme opératoire ou l'infection.

Biologiquement, plusieurs facteurs interviennent aussi : la résistance à l'évolution maligne, l'âge, le siège, la dose de radiations.

ELLIS pense que l'irradiation ne saurait réussir quand il s'agit de régions présentant une irragation douteuse ; par contre, il n'y a pas lieu de s'attendre à un échec en employant une dose de 5.500 à 6.000 R. donnée uniformément à toute la zone suspecte en 7 à 10 jours environ.

L'emploi des rayons X, même dans les néoplasies mélaniques métastatiques envahissant la peau, les ganglions, les viscères, est encore d'un puissant secours ; c'est un traitement souvent moral, mais dont les résultats, bien que passagers, prolongent de plusieurs années les malades, sans pouvoir cependant en retarder l'issue fatale. Mais cela n'est possible qu'à la condition expresse de frapper très fort et, pour cela, de disposer de l'appareillage nécessaire.

CONCLUSION

Les mélanomes malins sont des tumeurs particulièrement graves. L'électro-chirurgie a fait faire cependant un grand pas à la thérapeutique de ces néoplasies. Les résultats ont de fortes chances d'être favorables dans beaucoup de cas, lorsqu'un traitement énergique et approprié est institué dès le tout début.

Le contrôle histologique enfin, à toutes les phases du traitement, nous renseigne sur l'état de la plaie ; à la moindre alerte, il sera possible de réintervenir, et, après analyse du fragment prélevé, le résultat du laboratoire commandera seul une intervention nouvelle ou une abstention.

les polygonales d'aspect épithélioïde, limités par des travées conjonctives donnant une disposition vaguement alvéolaire, d'autres fois, enfin, les cellules fusiformes, à noyau allongé en bâtonnet, prédominent, se développant selon le type des ganglions de MEISSNER et leurs faisceaux ou leurs tourbillons rappellent parfois les sarcomes fasciculés.

La malignité est encore signée par la diffusion des masses néoplasiques, leurs lobulations envahissantes, la formation de foyers de désintégration, les uns kystiques et les autres hémorragiques.

c) **Pronostic :**

La croissance de ces tumeurs, assez lente dans les cas d'une malignité peu marquée, peut être très rapide dans les cas de grande malignité, aboutissant à la mort au bout d'un certain nombre de mois.

Les Schwannomes malins ne donnent presque jamais de métastases ; leur malignité n'est donc pas complète ; mais, localement, elle est considérable.

d) **Thérapeutique :**

Ces néoplasies donnent très souvent des récidives après l'opération. Les moyens de destruction économique ne sont pas de mise. Dans beaucoup de cas même l'exérèse chirurgicale de la tumeur seule ne suffit pas et ce n'est que par **l'amputation,** lorsqu'il s'agit d'une tumeur des extrémités par exemple, que l'on peut obtenir une guérison définitive.

La **Radiothérapie** ne donne aucun résultat.

CONCLUSIONS

I. - Qu'il s'agisse d'épithélioma, de sarcome ou de tout autre type néoplasique malin développé sur les téguments, la Clinique pure ne saurait suffire dans de nombreux cas à affirmer le Diagnostic de cancer, et encore moins à préciser le degré de malignité de ce néoplasme.

II. - Cette malignité relève de deux facteurs essentiels : en premier lieu, de l'aptitude de la tumeur à se développer rapidement, à mutiler, à essaimer à distance et, en deuxième lieu, de sa vulnérabilité aux divers moyens thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui.

III. - Qu'il s'agisse de préciser le pronostic ou de faire le choix du traitement, le praticien tire le plus souvent grand profit des tests que lui apporte l'étude histologique.

IV. - On ne peut se passer de ces tests histologiques en matière de cancérose, pas plus qu'on ne peut se passer du test sérologique en matière de Syphilis.

BIBLIOGRAPHIE

DES EPITHELIOMAS

BERARD (L.) et **CREYSEL** (J.). — Traitement des grands épithéliomas cutanés de la face après échec des méthodes radiothérapiques. (Paris Médical, 15 mars 1930, 20, n° 11, p. 237-243.)

HAUTANT (A.) et **MONOD** (O). — Traitement par la chirurgie des épithéliomas cutanés du nez devenus radio-résistants (Ann. Mal. Oreille, Larynx, etc..., Paris, avril 1930, 49, n° 4, p. 394-410.)

COSTE (J.). — Très gros épithélioma du nez exacerbé dans sa marche par des irradiations antérieures multiples. (Réunion dermatolo. de Lyon 26 février 1931.) Bull. Soc. dermat. et Syphil., Paris, avril 1931, n° 4, p. 498.)

MIESCHER (G.). — Die Behandlung des Hautkrebses. (Le traitement du cancer de la peau.) (Schweitzer, med. Wschr., Bâle, 28 mars 1931, 61, n° 13, p. 299-304.)

BORDIER (H.). — La diathermo-coagulation dans le traitement des épithéliomas cutanés. Arch. Elec. méd. Bordeaux, février, 1933, 41, n° 584, p 80-82.

CHAPERON (R.). — Traitement des épithéliomas cutanés par le grattage et la radiothérapie. (8° Paris, 1910.)

CHATELLIER (L.) et **GADRAT** (J.). — Epithéliomas multiples primitivos de la piel. (Actas dermo-sif. 25 : 765-781, juin, 1933.)

CHATELIER (L.) et **GADRAT** (J.). — Les épithéliomas multiples primitifs de la peau. (Rev. Franç. de dermat. et de vénéréol. 9 : 460-473, sept-Oct. 1933.)

CRAPS et **VAN DER MEIREN**. — Epithélioma au début. (Société Belge de Dermat. et de Syphil. - Séance du 16 septembre 1934. In : Bruxelles Médical n° 9, 30 Décembre 1934.)

JAMES (B. M.). — Cutaneous épithélioma ; différential diagnosis and treatment. (J. M. Soc. New Jersey, 29 : 32-41, janvier, 1932.)

VANHAECKE et **DELELIS** (J.). — Traitement des épihéliomas cutanés par le curettage et la cautérisation au permanganate pulvérisé. (Echo Médical du Nord 33 : 567, 30 novembre 1929.)

DELANNOY (E.) et **DRIESSENS** (J.). — Epithélioma cutané développé sur une cicatrice traumatique d'origine accidentelle. (C. R. du XIX^{e} Cong. intern. de méd. lèg. et Méd. soc. de langue Franç., Lille les 27, 28, 29, 30 mai 1934, in : Annales méd. lég. n° 10, décembre 1934.)

DUVOIR (M.) et **ABECASSIS** (Alb.). — Epithélioma malpighien posttraumatique précoce (C. R. du XIX^{e} Cong. Intern. méd. lég. et Méd. Soc. de langue françç., Lille, les 27, 28, 29, 30 Mai 1934, in : Annales méd. lég. n° 10, Décembre 1934.)

MIRANDA NORGREN (G.). — Electrocoagulacion de los carcinomas de la piel y mucosas Resultados obtenidos en el instituto de medecina experimental para el estudio y tratamiento del cancer. (Electro-coagulation des carcinomes de la peau et des muqueuses. Résultats obtenus à l'Institut de médecine expérimentale pour l'étude et le traitement du cancer). Congreso médico del centenario. Montevidéo, 5-12 octobre 1930, 6, p. 76-78.

MANGANOTTI (G.). — Studio sulla struttura degli epitoliomi cutanei in rapporto allo prognosi e alla terapia. (Etude sur la structure des épithéliomas cutanés dans ses rapports avec le pronostic et la thérapeutique.) Arch. ital. Dermat. Siphilig. Venereol., 8, n° 3, p. 296-379.

HALKIN. — Les épithéliomas cutanés développés sur naevi pigmentaires. (Bull. Acad Méd. de Belgique, Bruxelles, 16 juill. 1932, 12 n° 8, p. 447-457.)

ARZT (L.) et FUHS (H.). — Zur Radiumthéerapie der Haut- und Lippemkrebses mit besonderer Berüksichtigung der Dauererfolge. (Sur la radiumthérapie des tumeurs de la peau et des lèvres avec des considérations sur les résultats éloignés.) - Wiin. Klin. Vschr., 9 juin 1933, 46, n° 23, p. 706-708.

KRYNSKI (A.). — Lecrenie raka Ikory. (La thérapie du cancer de la peau.) Nowotwory, Varsovie, 1932, 7, n° 3-4, p. 244-255

BUSCHKE (A.) et LOEWENSTEIN (Ludwig). — Therapeutische Erfahrungen der kombinierten Elektrokoagulations- und Radiumbehandlung bei Karzinomen der Haut. (Recherches thérapeutiques sur la combinaison de l'électro-coagulation et de la radiumthérapie dans les carcinomes de la peau.) Vest. Rœntg. et Radiol. Leningrad. 1932, 10, p. 46-56.

PFAHLER (George-E.) et VASTINE (Jacob-H.) — The treatment of épithélioma of the skin. (Traitement des épithéliomas d la pau). Nouvelle-Orléans, nov. 1934, 23, n° 5, p. 542-547.

BORDIER (H.). — Technique et avantages de la diathermo-coagulation dans le traitement des épithéliomas cutanés. Arch. Elec. Méd. Bordeaux, août-septembre 1934, 42. n° 599, p. 329-331.

MAGNUSSON (A.-H. Wolfang). — Skin cancer. A clinical study with special reference to radium treatment. (Cancer de la peau. Une étude clinique et plus particulièrement radiumthérapeuthique.) Suppl. 22 de Acta Radiol., Stockholm, 1935, p. 287.

LIEBMANN (Gerhard). — Die Behandlung des Hautkrebses mit der Konzentrier fraktionierten Nachbestrahlung nach Chaoul - (Traitement du cancer cutaré au moyen de l'irradiation fractionnée et concentrée à faible distance d'après CHAOUL). - Strahlentherapie Berlin, 29 juin 1935, 53, n° 2, p. 217-224.

CHAOUL (H.). — Die Behandlung bosartiger Geschwülste mit der konzentriert- fraktkionierten Nachbestrahlung. (Traitement des tumeurs malignes au moyen d'irradiations fractionnées à faible distance) - Strahlenthérapie, Berlin, 1935, 53, n° 2, p. 202-209.

RAHOZA (Edward). — Elektrochirurgia w leczeniu nowotworow slosliwych. (L'électrochirurgie dans le traitement des tumeurs malignes). Medycyna, Varsovie, 7 févr., 1937, n° 3 p. 83-94 (15 fig.)

GALIFI (Liborio). — La Rötgen-e la Radiumterapia del cancro cutanéo (La roentgen et la radiumthérapie des cancers cutanés). Radiol Med Milan, fév., 1936, 23, n° 2, 65-89 (51 fig.).

MARTIN (Jean). — Au sujet de quelques résultats dans le traitement des épithéliomas cutanés de la face. - Arch. Elec. méd. Bordeaux, déc. 1936, 44, 622, p. 444-460.

KNIERER. — Eerfahrungen mit der Röntgen-Nahbestrahlung an Hautkarzinomen. (Expériences avec la roentgenthérapie appliquée à très courte distance dans le carcinome de la peau). - Röntgenpraxis, Leipzig, janv., 1937, 9, n° 1, p. 27-30.

BRESSER (Richard) et DUMAS (Charles-E.) — The Treatment of cancer of the skin divised doses of high voltage Roentgen rays. (Le traitement des cancers de la peau par des doses fractionnées de rayons de Roentgen, de haut voltage). Am. Journ. Roentgen Springfield., sept., 1936, 36, n° 3, 332-337 (8 fig.)

BROMLEY (J.-F.). — Malignancy in the skin. (Cancer de la peau). Brit. Journ. Radiol., Londres, Oct., 1936, 9, n° 106, p. 659-670

FERDMANN (S. S.). — Opit letschenija kojnogo raka malimi dosami radija. (Essai de traitement du cancer cutané par les petites doses de radium) Sbornik rabot Asovo-Tehernomorsk. kr. Rentg. - Radiol. instituta. 1937, n° 1, p. 5.

EBBEHOJ (Erik). — Ueber Versuche zur Behandlung von Hautkrebs mit sehr weichen Roentgenstrahelen (Essais de traitement des cancers cutanés par des rayons X très mous). Strahlentherapie, Berlin, 12 déc. 1936, 57, n° 4, p. 661-669, (9 fig.).

HRABOVSZKY (Zoltan). — Ueber die primaeren Erfolge der Nahbestrhlung vont Haut.- und Lippen krebsen. (Sur les succès immédiats de l'irradiation à petite distance dans les cancers de la peau et de la lèvre.) Strahlentherapie, Berlin, 26 août 1938, 62, n° 4, p. 691-695 (4 fig. ; 3 tableaux).

KOERBLER (Juraj). — Zur Radiumbehandung der Haut- und Lippenkrebse. (Sur le traitement par le radium des cancers de la peau et des lèvres). Strahlentherapie, Berlin, 27 juillet 1939, 62, n° 3, p. 507-515.

CHAOUL (H.), GREINEDER (K.) et OESER (H.). — Mehrjaehrige Ergebnisse der Roentgennahbestrahlung beim Haut- und Lippenkarzinom (Résultats de plusieurs années de radiothérapie à très courte distance des cancers de la peau et des lèvres). Strahlentherapie, Berlin, 13 oct. 1937, 60, n° 2, p 239-250.

WENDLBERGER (J.). — Zur Roentgen- Nahbestrahlung von Hautkarzinom. (A propos du traitement des cancers cutanés par la Roentgenthérapie à courte distance). Münch Med. Wschr. Munich, 31 mars 1938, 85, n° 13, p. 478.

DUFOUR (P.). — Quelques mots au sujet du traitement Roentgenthérapique des épithéliomas cutanés. Bul. et Méd. Soc. Electrorad. méd. de France, Paris, mai 1939, 27, n° 259, p 371-374.

DUCOURTIOUX (M.). — Le traitement électro-chirurgical des cancers de la peau et des muqueuses orificielles. Ann. dermat. et syphil. Paris, fév., 1935, 7e série, 6, n° 2, p. 118.

DUCOURTIOUX (Maurice). — Indications et idées directrice du traitement électro-chirurgical des cancers de la peau. Presse Méd. Paris, 26 janvier 1935, 43, n° 8, p. 159-160.

A) DES EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES

ARCHAMBAULT (Gustave) et MARIN (Albéric). — Electrodessiccation versus radiotherrapy in the treatment of the basalcell epithelioma of the skin. (Comparaison de l'électro-coagulation et de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomas baso-cellulaires de la peau). Canadian Med. Assoc. Journ. Montréal., juin, 1930, 22, n° 8, p. 829, (Analyse de Radiology).

FARBER (M. J.). — K Ietcheniou raka kogi. (Traitement du cancer de la peau). (Voprossy Onkologuii, Kharkoff, 1930, 3, p. 275-282).

NEW (Gordon-B.) et HAVENS (Fred-Z.). — Epithélioma of the face Treatment and subsequent surgical reconstruction. (Epithelioma de la face Traitement et réparation chirurgicale consécutive) (Jounn. Am. med Assoc., Chicago, 5 sept. 1931, 97, nW 10 687-689).

PEYRI (Jaime). — Epithélioma baso-cellulaire pigmenté à forme verruqueuse et à point de départ naevique. Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil., Paris, juin, 1935, n° 6, p. 945-948.

GOUGEROT (H.) et ELIASCHEFF (Melle Olga). — Epithélioma sclérodermiforme baso-cellulaire. - Bull. Soc Dermat. et Syphil., Paris, déc. 1935, p. 1785-1786

ALBRIGHT (Hollis-L.). — Cancer of face, especially of eye. Méthod of treatment. (Cancer de la face, spécialement de la région de l'œil. Méthode de traitment). Amér. J. Surg. New-York, août 1936, 33, n° 2, p. 176-179, (5 fig.).

MEYER (Herbert-Willy). — Neglected and recurrent basal celle epitheliomas of the face. (Epithéliomas baso-cellulaire négligés et récidivants de la face). - Surg Gynéc. a. Obstetr. Chicago, mars 1937, 64, p. 675-683.

MELAND (Orville). — Treatment of epitheliomas of the naselabial fold. traitement de l'épithelioma du sillon nasolabial). Am. J. Roentg. Springfield, nov., 1937, 38, n° 5, p. 730-739, (10 fig.).

LANZENBERG (P.) et BURGUN (P.). — Lupus-carcinome sur radiodermite (Réunion dermat. Strasbourg, 20 nov. 1938). - Bull et Mém. Soc. fr. Derm. et Syphil., Paris déc. 1938, n° 9, p. 1890-1892.

GATE (J.) et GUILLERET (P.). — Epithélioma baso-cellulaire sclérodermiforme du menton. (Réunion dermat et Syphil., Paris Mars 1938, n° 3, p. 161-162.

GARCHINE (M. I.). — Contribution à l'étude clinique du cancer cutané du nez Acta oto-Laryng. Stockholm, 1936, 23, n° 3-4, p.425-428 (en langue française).

PFAHLER (Georges E.) et VASTINE (Jacob-H.). — The treatment of cancer in the region of the ear. (Le traitement des cancers de la région de l'oreille). Am J. Roentg. Springfield, mars 1937, 37, p. 351-357, (5 fig).

WILLIAMS (Alden). — Radium treatment in skin cancer and borderline malignancies. (Traitement par le radium dans le cancer de la peau et dans les affections malignes superficielles).

NEGRIE — Trois observations de néoplasmes traités par le radium et guéris depuis trois ans et demi. Oto-Rhino-Laryng. internationale, Lyon, fév. 1929, 13, n° 2, p 52-56.

BLUMENTHAL (Franz) et REISS (Franklin). — Die Strahlentherapie des Hautkrebses. (La radiothérapie du cancer de la peau). Zeitschr. f. Krebsforsch., Berlin, 5 juin 1930, 32, n° 1-2, p. 112-118.

CADE (Stanford). — Demonstration on carcinoma of the skin treated by radium. (Carcinomes de la peau traités par le radium). Proced. Roy. Soc. Méd., Londres, sept. 1930, 23, n° 11, p. 1599-1608

BARBERA (S.). — L'acide arsénieux dans le traitement des épithéliomas cutanés. (O. R. L. Italiana, année 111, Rev. de Laryng. Otol. Rhinol janvier 1935).

BORDIER (H.). — La diathermo-coagulation dans le traitement des épithéliomas cutanés (Arch. d'Electr. méd. 41 : 80-82, février 1933).

BATTISTA. — Contribution à l'étude et au traitement de l'épithélioma cutané baso-cellulaire. (Rinascenza medica, 15 janvier 1929, p. 31).

FERRARI (A. V.). — Sugli épitelioma baso-cellulari primitivi, multiplie multiformi - (Arch. Ital. di dermat. sif 11 : 310-356, avril 1935).

— Sull emorragia provocata nelle neoformazioni baso-cellulari di forma papulosa e nodulare col « grattage méthodique ». - (Dermosifiligrafo 10 : 32-35 janv. 1935).

GATE (J.) et MICHEL (P. J.). — Naevus tubéreux pigmenté. Epithélioma baso-cellulaire. - (Bull. Soc. franç dermat. et Syph. (réun dermat. 40 : 664-665, mai 1933).

GONZALES MARMOD (D.). — Multiples épithéliomas de la pul fr tipo basocelula y espinocelular en una mujer albina. - (Bol. Liga contra el cancer, 10 : 99-107, avril 1935).

GOODMAN. (H.). — Subcutaneous basal cell epithelioma with node metastasis. - M. J. et Rec. 134 : 271-272, sept 16, 1931.)

DASKOWSKI (J.). — Relations entre la structure microscopique et les formes cliniques des épithéliomas baso-cellulaires de la peau. (Medycyna Dwutgodnik n° 9, 7 mai 1939, p. 368.)

FARLAND (Mc. J.), CICCONE (E F.), et GELEHRTER (J.). — Dysontogenetic origin of basal cell carcinome of skin. - (Am. J. Cancer, 25 : 273-281, oct. 1935.)

MORIN (Alb.). — Le traitement de l'épithélioma baso-cellulaire cutané. - (XIIe Congrès de medecine de langue française de l'Amérique du Nord, - 6 et 8 septembre 1932 in : Presse Médicale, n° 99, 10 décembre 1932)

MONTGOMERY (H.). — Histogenesis of basal cell epithelioma. - (Radiology, 25 ; 8-23 ,juillet 1035.)

NOMLAND (R.). — Multiple basal cell epitheliomas originating from congenital ; pigmented basal cell nevi. - (Arch. dermat. et Syph. 25 : 1002-1008, june 1932.)

PINKUS (H.). — Ueber einen Fall von Basalzellenepitheliom auf Verruca senilis. - (Ach f. dermat. u. Syphilis - 169 : 58-66, 1933.)

1°) Epithélioma Plan cicatriciel

ROSNER (S.). — Epithéliomas plano-cicatriciales de la piel. (Epithéliomas plan-cicatriciels de la peau). - Bol. Inst experimental. Buenos-Ayres, déc. 1933, 10, p. 775-781.

BELOT (J.). — Les méthodes mixtes dans le traitement des épithéliomas cutanés. Association du raclage, de l'électro-coagulation de l'électrolyse, et de la radiothérapie. Journ. Radiol. et Electr., Paris, juillet 1931, 15, n° 7, p. 346-360

BERTACCINI (G.). — Contributo allo studio degli épithéliomi superficiali cutanei. (Gior. ital. di dermat. e sif. 72 : 946-967, Août 1931.)

DASKOWSKI (J.) — Epithelioma planocellulaire à cellules mucipares. (Bull. intern. acad. polon d. Sc et d. Lett. Cl. Med. PP. 407-416, mai-juin 1938.)

MASCHKILLEISSON (L. N. et NERADOFF (L. A.). — Basalioma (cutis) superficiale planum und seine Beziehung zum Morbus Bowen (Dermat. Wchschr. 94 : 533-539, april, 16, 1932)

POUSSA (M.). — Radioterapia ultra penetrante en los epitheliomas superficiales (Semana med. 2 : 151.153, 19 juillet 1928.)

2°) Epithélioma tagétoïde

FAVRE (M.). ROUSSET (J.) et CHANIAL (G.). — Epithélioma pagétoïde du flanc. Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil. Paris, juillet 1938, n° 7, p 1445-1447.

GATE (J.), MICHEL (P. J.) et THEVENON (J. A.). — Epithélioma pagétoïde de la cuisse. (Réunion dermatol de Lyon, 17 nov., 1932). n° 9, p. 1584-1587.

ELIASCHEFF (Melle). — Epithélioma pagétoïde. - (Ann. dermat., juillet 1923.)

3°) Epithélioma térébrant

BERARD et DUNET. — Epithéliomas térébrants de la face, récidivés après radiothérapie, guéris par le traitement chirurgical. (Soc. Chir. Lyon, 25 avril 1929, - Lyon-Chirurgical, Août-Septembre 1929, 26, n° 5, p. 562-565).

PAUTRIER (L. M.) et BURGUN. — Epithélioma baso-cellulaire térébrant de la face. (Réunion dermat de Strasbourg, 9 janv. 1938). Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil. Paris, fév. 1938, n° 2, p. 151-152.

4°) Ulcus rodens

THESLEFF (G.). — Studien über das Ulcus rodens einschliessich seiner Zellstrukturen. (Etudes sur l'ulcus rodens y compris ses structures cellulaires). Arbeiten a. d. Pathol Inst. d. Univ. Helsingsfors. (Finland), 1933, Neue Folge, 7, n° 1-2, p. 51-158.

5°) Epithélioma baso-cellulaire bourgeonnant et kystique

CAPELLI (Egidio). — Due casi di epitheliema adenoïde cistico di Broocke trattati col radium. (Deux cas d'épithélioma adénoïde kystique de Broocke traités par le radium). Dermosifilografo, Turin, 1936, n° 9, p. 433-454) (8 fig.)

6°) Cylindrome

DELAYE, HUGONOT et LACASSAGNE (Jean). — Cylindromes multiples du cuir chevelu. (Réunion dermatol. de Lyon, 18 juin 1931). Bull. Soc. Franç. Dermat et Syphil. Paris, juillet 1931, n° 7, p. 1191-1195.

NICOLAS (J.), MASSIA (G.) et ROUSSET (J.). — Epithélomia superficiel de la face interne de la joue de type histologique particulier. (Réunion dermat. de Lyon, 28 mai 1931). Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil Paris, Juillet 1931, n° 7, p. 1040-1041.

MACHELIDON (Pierre). — Le cylindrome du cuir chevelu et de la peau. Thèse Fac. Méd. Lyon, 1932, Pasc. et Riou, édit., 41 pages.

PICCO (A.). — Osservazioni su 57 caso di epitelioma benigno cilindromatoso. (Observation de 57 cas d'hépithéliomas bénins cylindromateux). IL cancro, Turin, avril-juin, 1932, 3, n° 2, p. 114-121.

INTHORN (W.) — Zur Pathologie und Klinik boesartiger Gesichtstumoren. (Sur la pathologie et la clinique des tumeurs malignes de la face). Zentralbl für Chir. Leipzig, 18 janv, 1936, 63, n° 3, p. 130-133.

TRAINA (S.) — Sui tumori cilindromatosi (Cilindroma del seno mascellare, cilindroma del dorso del naso, cilindroma della faringe). (Sur les tumeurs cylindromateuses (Cylindromes du sinus maxillaire, du dos, du nez et du pharynx). Boll., mal. or. gola. naso. Florenec, avril 1935, 53, n° 4 p. 169-184.

LEMAITRE Yves. — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes Evolution cylindromateuse de certains processus tumoraux. Un vol , Paris, 1936, 190 pages (34 fig.) Vigot Frères, édit.

SZMURLO (Jean). — Recherches sur la clinique et la structure histologique des cylindromes. . Zeitschrift für Hals-Nasem und Ohrench., Berlin, 11 mai 1937, n° 4-5, p. 433-444 (en langue française.)

KEMPERS (Th. E.) - - Een patient met talrijke goedaardige epitheliomon van het behaarde hoofd (cylindromen). (Un malade atteint de nombreux épithéliomas bénins du cuir chevelu (cylindromes). (Soc. Neerl. de Dermat. Utrecht, 13 nov. 1927). Ned. Tijdschr. v. Gen., Haarlem, 4 févr. 1928, 1, n° 5, p. 613-614.

TEUFEL S.) — Zystischer Knochentumor der Bekenschaufel, histologich Zylindrom (Tumeur osseuse kystique de l'aile iliaque histologiquement cylindrome). Roentgenpraxis, Leipzig janv. 1937, 9, n° 1, p. 49-50.

B) DES EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES

KRINSKI (A.) — Lecrenie raka Ikory. (La thérapie du cancer de la peau.) Nowotwory, Varsovie. 1832, 7, n° 3-4, p. 244.255.

SPILLMANN (L.) et CREHANGE (J. L.) — Le traitement des épithéliomas spino-cellulaires par électro-coagulation. — (Bull. Soc. franç. de dermat. et Syph. (réun. dermat.) 37 : 629, juin 1930.

TOURAINE, GALE et SOULLARD. — Epithélioma sur syphilitique spino-cellulaire. Régression par le seul traitement antisyphilitique. (Sté. de dermat. et de syphil. Sce du 6 juillet 1939 in : Bull. de la Sté franç. de dermat. et de syphil. T. 46, n° 7, sept., Oct 1939, p. 1348.

BICH (A.) — Cancer spino-cellulaire du dos. (Attie memoris della société di chirurgica (Milan) vol. 4, n° 16, 11 décembre 1937.

GONZALES NARMOL (D.) — Multiples épithéliomas de la piel de typo baso cellular y espino cellular en una majer albina(Bol. lega contra el cancer, 10 : 99-107, avril 1935.

MARTIN (H.-E.) et STEWART (F.-W). — Spindle-cell epirdermoid carcinoma of skin. - (Am. j. Cancer, 24, juin 1935).

PARVULESCU (G.) — Epithelioma spino-cellulaire de la peau. (Rev. san. mil. Bucuresti, 32 : 610-616, déc. 1933.)

BELOT (J.) — Lesméthodes mixtes dans le traitement des épithéliomas cutanés ; association du raclage de l'électro-coagulation de de l'électrolyse et de la radiothérapie. (J. de radiol. et d'électrol 18 : 345-360, juillet 1931.)

BELOT (J.) et CHAPERON (R.) — Traitement des épithéliomas cutanés par le grattage et la radiothérapie. (Congr. Internat. de physiothérap., C. R., 1910, Paris, 1911, 111, 641-648.)

BORDIER (H.) — Technique et avantages de la diathermo-coagulation dans le traitement des épithéliomas cutanés. (La Médecine n° 8, juin 1934.)

1°) Papillaire corné

DARIER. — Précis de dermatologie.
Traité de dermatologie clinique et thérapeutique T. VI.
Nouvelle pratique dermatologique T. VI.

DESAUX et BOUTELIER — Manuel Pratique de Dermatologie.

2°) Corne cutanée

WORINGER (F.). — Volumineuse corne du cuir chevelu. (Réunion dermatol. de Strasbourg, 13 nov. 1932), Bull. Soc. Fr. Dermatol. et Syphil. Paris, déc 1932, n° 9, p. 1541-1542.

ROUSSET (J.) et CHANTAL (G.) — Epithéliomatose multiple du visage avec corne cutanée de la joue. Bull. Soc. fr. Derm. et Syph., Paris, juil. 1938, n° 7, p. 1460-1461.

WORINGER (F. R.) — Epithéliomatose multiple s'accompagnant de cornes cutanées (Réunion dermatol. de Strasbourg 10 juillet 1932.) Bull. Soc. franç. Dermatol. et Syphiligr. Paris, déc., 1932, n° 9, p. 1446-1459.

PORTA (A.) — Corne cutanée à développement exceptionnel. Giorn. ital. Derm. e Sif., juin 1938, t LXXIX, f. 3, pp 685-692.

ROSUER (S.) — Un cas rare de corne cutanée. Urol. a. Cut Rev. juillet 1937, t XLI 1937, t. pp. 503-504.

3°) Epithélioma typique ou cancroïde

Encyclopédie médico-chirurgicale. Dermatologie T. II.
Traité de Dermatologie clinique et thérapeutique T. I.

C) DES EPITHELIOMAS METATYPIQUES OU INTERMEDIAIRES

TOURAINE (A.) et PAYET (M.) — Maladie de Bowen avec épithéliomas de type intermédiaire, récidivant. Bull Soc. fr. Derm. et Syph., Paris, juil. 1938, n° 7, p. 1356-1358.

MONTPELLIER (J.) — Deux cas de tumeurs mixtes du visage. — Bull. Soc. Franç. dermatol. et syphil., Paris, avril, 1935, n° 4, p. 668-70.

LEPERA (Luis) et CATALANO (Fernando-E.) — Contribucion al estudio de los tumores mixtos de los labios (Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des lèvres). - Sem. Méd., Buenos-Ayres, 22 sept., 1938, n° 38, p. 682-692 (3 fig.)

PAUTRIER (L. M.) et ARON (R.) — Epithélioma spino-cellulaire métatypique probablement d'origine sudoripare à développement ultra-rapide sur un lupus tuberculeux et paraissant avoir été déclanché par un traumatisme. - (Réun. dermat. Strasbourg, Sce du 13 Mars 1938 in : Bull. Soc. franç. dermat. et Syphil. n° 5, mai 1938, p. 694.)

SEZARY (A.) HOROWITZ (A.) et CHARIB (M.). — Epithélioma cutané « intermédiaire ». - Bull. Derm. et Syphil., mai 1937, n° 5, pp. 775-776.

WILLER (W. M.) — Cancer du type intermédiaire et mixte. - Arch. Derm. et Syphil., juillet 1937. - t. XXXVI, n° 1, pp. 235 236.

JUON (M.) — Des métastases viscérales des épithéliomas cutanés métatypiques. (Acta dermat. ven. N° 4, nov. 1938, analyse in : Journ. de chirurgie, n° 5, novembre 19394.)

AHLBOM (Hugo E.) — In der Haut un Subkutis lokalisierte sog. Mischtumoren vom Typ der Schleim- und Speichel drüsengeschwülste un ihre Behandlung. (Tumeurs mixtes du type des glandes muqueuses et salivaires, localisées dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et leur traitement.) Acta Radiologica, Stockholm, 4 mars 1935, 16, n° 2, p. 178-184.

D) DES EPITHELIOMAS DE TYPES SPECIAUX

FINK (Werner). — Die verkalkenden Epitheliome der Haut und ihre Beziehungen zu Organisationsvorgaengen in Atheromen. (Sur l'épith. calcifié de la peau et ses rapports avec l'athérome) Virschows Arch., Berlin, 9 mai 1933, 289, n° 2, p. 527-543.

TAVARES (Amandio). — Epitolioma calcifcado da pele. (Epithélioma calcifié de la peau). - Lisbona médica, 1933, 10, n° 12, p. 768-774.

CERESOLE (Pierre). — Sept cas d'épithélioma calcifié de Malherbe. Thèse Fac. Méd., Lausanne, 1928, Imprimerie Commerciale, édit. 39 pages.

VIGNE (Paul). — Epithélioma calcifié à double localisation. (Réunion dermat. de Lyon, 21 nov 1929). Bull. Soc. Franç. Dermat et Syphil., Paris, janv. 1930, n° 1, p. 57-60.

TANASESCU (I.) et BALAN (N. P.) — Beitrag zur Lehre von den verkalten Epitholiomen der Haut. Ein Fall von doppeltem verkaltktem Epitheliom (Contribution à l'étude des épithéliomas calcifiés de la peau. Un cas d'épithélioma calcifié double). Zeitschr. f. Zrebsforsch., Berlin, 20 sept., 1932, 37, n° 3-4, p. 398-410.

PICENA (J. P.) — Nuevas observaciones del blamado epitelioma calcificado de Malherbe. - (Rev. Med. de Rosario, 29 : 1151-1157, novembre 1939.)

— A proposito de los epitheliomas calcificados de Malherbe. (Rev. Argent, dermatosif. 23 : 277-286, 1939.)

SUTTON (R. L.) — Calcifying epithelioma of skin - (Arch. dermat. et Syph., 31 : 48-57, janv. 1935.)

YAMAZAKI (J.) — Ein Fall von verkaltem epiteliom mit sog. Botryomykose. - (Jap. J. Dermat. et Urol. 38 : 137-138, dec 1935.)

BELLANGER (H.) — Epithelioma calcifié de la peau. Poussées évolutives chez le même sujet. - (Bull Assoc. franç. pour l'étude du Cancer, 24 : 467-470, juin 1935.)

CH'IN (K. Y.) — Calcified epithelioma of skin. - (Am J. Path. 9 : 497-524 juillet 1933.)

FEVRE. — Epithelioma bénin calcifié de la peau. - (Sté Pédiatrie. Paris, s. 2 février 1937, in : Prev. ped., n° 2, T. XIII, 1937.)

FEVRE (M.), HUGUENIN (H)., et PAIZ (V.) — Les épithéliomas momifiés ou calcifiés de la peau. - (Bull. de l'Assoc. franççaise pour l'étude du cancer, t. 27, n° 4, mai 1938, p. 355. - Arch. de Med, d. enf. 42 ; 73-90, fév. 1939)

HUGUENIN (R.) et PERROT (M.) — Epitheliomas momifiés multiples chez un enfant. (Bull. Assoc. franç. p. l'étude du cancer, 28 : 627-635, mai 1939.)

NAULLEAU et ARDOIN. — Un nouveau cas d'épithélioma calcifié de la peau. - (Ann. d'Anat. path. 9 : 936-938, nov.

CANCER DE BOWEN

GATE (J.), GUILLERET (P.) et MOREAU (P.) — Un cas de maladie de Bowen. - (Réunion demart. Lyon, 21 janv. 1938, Bull. Soc. fr. Dermat. et Syphil., Paris, avril, 1938, n° 4, p. 519-520.

KUZINSKI (E) et JACOBY (H.) — Maladie de Bowen avec métastases épithélioma de Bowen) (A. P.) - Arch Dermat. Syphil., août 1938, t. XXXVIII, n° 2, pp. 191-197.

SEBAC (A. R.) — De quelques traitements de la maladie de Bowen et des états érythroplastiques des muqueuses (Thèse, Paris, 1938, n° 516).

TOURAINE (A.) et PAYET (M.) — Maladie de Bowen avec épithélioma de type intermédiaire récidivant - Bull. Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil., juillet, 1938, n° 7, pp. 1356-1358.

MARQUES (J. F.) — Contribution à la connaissance des formes baso et spino-cellulaires de la maladie de Bowen. - Arch. Derm. Syphyl., 14 février 1938, t. CLXXVI, f. 4, pp. 441-448.

CANCER DE PAGET

WEINER (H. A.) — Paget's diseaso of the skin and ist relation to carcinoma of the apocrine sweat glands. (La maladie de Paget de la peau et ses relations avec le cancer des glandes sudoripares apocrines). Am J. Cancer, New-York ,nov. 1937, 31, n° 3, p. 373-403.

THOCOCZKAY (N.) — Maladie de Paget, Dermat. Woch., 8 août 1936, t. C 111, n° 32, p. 1110.

DARIER. — Le cancer des dyskératoses. - Bull. de l'Ass. Franç. pour l'étude du Cancer, IX, 1920, p. 169.

III) DES EPITHELIOMAS DES ANNEXES

GRYNFELT (E.) — Tumeur sudorifère de la région inguinale - Bull Ass. Fr. pour l'étude du cancer. Paris, Janvier 1929, 18, n° 1, p 64-86

GAUTHIER-VILLARS (P.) et LAPEYRE (J.-L.) — Une observation de tumeurs des glandes sudoripares. - Bull. Ass. Fr. pour l'étude du cancer, Paris, Mai 1929, 18, n° 5, p. 398-403.

HAMDI (H.) — Endothelioma peritheliale Bulbi Pilorum (Périthéliome des bulbes pileux). - Zeitschr. f. Krebsforsch., Berlin, 24 sept. 1930, 32, n° 4, p. 377-378.

PICARD (E.) et LIEGEOIS (P.) — Epithéliomas pilaires. - Le cancer Bruxelles, 1931, 8, p. 121-131.

FLARER (F.) — Considérations histogénétiques et cliniques sur les épithéliomas cutanés de dérivation glandulaire sudoripare. Ann. Dermat. Syphiligr., Paris, dec. 1935, 6, n° 12, p. 1071-1106.

PARREIRA (H.) — Sôbre tumores das glândulas cutâneas. (Sur les tumeurs des glandes cutanées). Arquivo de Patologia, Lisbonne, décembre 1935, 8, n° 2 et 3, p. 244-182.

MORATO (J. X.) — Cancro cutaneo pigmentado de origem folicular. (Cancer cutané pigmenté d'origine folliculaire). - Imprensa Medica, Lisbonne, AoXt 1937, 3, n° 15, p 259-265.

LOUSTE et CAILLAU. — Bulletin de la Sté de Dermatologie et Syphiligraphie, Avril 1926.

GRYNFELT. — Bulletin de l'Association française pour l'étude du X Cancer, Juin 1924.

MENETRIER et LETULLE. — Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer, Juillet 1823.

CIVATTE. — Bulletin de la Sté de Dermatologie et de Syphiligraphie, Janvier 1920.

TEURNIER (Ch.) — A propos des épithéliomas dérivés des glandes cutanées et des causes de leur bénignité. Thèse de Paris,

DELAGNIERE (Y.) — Un cas d'épithélioma pilo-sébacé. - Bull de l'Ass. franç pour l'étude du cancer, 20, 195, Mars 1931.

LAMOREUX (Melle). — Les épithéliomas sébacés et la différenciation sébacée des cellules épidermiqués. - Gaz. des Hôp, n° 79 1er Oct. 1932, Thèse de Montpellier, 1931-32.

PICARD (E.) et LIEGEOIS (P.) — Epithéliomas pilaires. Cancer, Bruxelles, 8, 121-131, 1931.

SANNICANDRO (G.). — Epitelioma della guaipa esterna del pelo, (epitelioma pilare). - Dermosifiligrafo, 13 : 129-142, 3, 198.

YOKOTA (K.). — Uber tricoepithelioma papulosum multiple. - (Taiwan Igakkai Zasshi, 35 : 1076, Mai 1936.

III) DES SARCOMES

ALKIEWICZ (T.) — W sprawie leczenia miesaka promieniami X. (La radiothérapie des sarcomes). Polski Przeglad Radjologiczny. Varsovie, 1931, 6, n° 1, p. 11-19.

ELLER (J.) et **FOX** (E.-C.) — Treatment of Skin cancer. (Traitement du cancer de la peau). New-York St. Journ. Med., 15 nov. 1930, p. 1344.

HALBERSTAEDTER et **SIMMONS**. — Die Strahlenbehandlung der Hautkrebses. (Traitement des cancers cutanés par les radiations). Ergebnisse der mediz. Strahlenforschung, Leipzig, 1931, 5, p. 317-377.

KOENIG (F.) — Klinische Betrachtungen über das Sarkom. (Considérations cliniques sur le sarcome.) Deutsche med. Wochr. Leizig, 1er Avril 1932, 58, n° 14, p. 523-527.

OBERNDORFER (S.) — Die Sarkome. Pathologisch-anatomische Betrachtung. (Le sarcome Contribution anatomopathologique). Dtsch. med. Wschr., 22 avril 1932, 58, n° 17, p. 645-647.

DELREZ (L.), **PEE** (P. van) **DESAIVE** (P.) et **DUMONT** (P.) — Considérations à propos de 100 cas de sarcomes. - Rev. belge Sc. méd., Louvain, janvier 1935, 7, n° 1, p. 1-10.

LEUCUTIA (T.) — Radiotherapy of sarcoma of the soft parts (On the basis of statistical analysis). (Radiothérapie des sarcomes des parties molles. Etude basée sur des analyses statistiques). Radiology, Nouvelle-Orléans, oct. 1935, 25, n° 4, p. 403-415.

KOPP (J.) — Zur Strahlenbiologie des Sarkoms (Sur la radiobiologie du sarcome). Radiologische Rundschau, Berlin, sept. 1936, 5, n° 2-3, p. 153-158.

GRASHEY, GLAUNER et **MEESE**. — Zur Strahlenbehandlung der Sarkome, insbesondere der Knochensarkome. (A propos de la radiothérapie des sarcomes, plus particulièrement de sarcomes osseux). Strahlentherapie, Berlin, 20 juin 1936, 56, n° 2.

BRUNSCHWIG (A.) — Radioresistant Ewing sarkomas of bone. (Sarcomes d'Ewing radiorésistants). Radiology, Nouvelle-Orléans, sept. 1936, 27, n° 3, p. 328-329.

MAY (O.) — Sarkom nach Kriegsverletzung des Vorderarmes (Sarcome, après blessure de guerre, de l'avant-bras). Zentr. f. Chir. Leipzig, 7 août 1937, 64, n° 32, p. 1889-1894.

ROSSI (L.-B.) — Ueber Filtelsarkome. (A propos des sarcomes sur fistules). Dtsch Zeit. Chir., Leipzig, 13 juil. 1937, 249, n° 3-4, p. 209-212

TAUSSIG (F.-J.) — Sarcoma of the vulva. (Sarcomes de la vulve). Am. J. Obst. a. Gyn. St-Louis, Juin 1937, 33, n° 6, p. 1017-1026.

RINDIN (M.-D.) — K voprosou o letchenii sarcom. (Contribution à l'étude du traitement des sarcomes). Sbornik rabot Asovo-Tchernomosck. kr. Rentg.-Radiol. Instituta, 1937, n° 1, p. 67.

OTTEMEYER (K.) — Beitrag zur Statistik der Sarkome. (Contribution à la statistique des sarcomes). Zeitschr. für Krebsf., Berlin, 16 mars 1938, 47, n° 2, p. 147-165.

GUTIG (K.) — Sarkombildung in der Narbe nach exstipiertem Roentgenkarzinom. (Formation d'un sarcome dans la cicatrice, après extirpation d'un carcinome provoqué par les rayons X). Strahlenthérapie, Berlin, 18 août 1937, 59, n° 4, p. 687-689.

WARGNIER (R.) — Les sarcomes et pseudosarcomes sur lupus. Thèse Fac. Méd, Lille, 1938, Taffin-Lefort, édit., 94 pages.

DYES (O.) — Fünf Jahresheilungen bei Sarkom (1925-1933)). (Guérison de cinq ans, dans le domaine du sarcome). Dtsch. Zeitschr. f. Chir., Berlin, 23 sept. 1938, 251, n° 122, p. 77-110.

LECLERC (G.) — La radiosensibilité des tumenrs d'Ewing. Journ. Radiol. et Electr., Paris, nov 1938, 22, n° 11, p. 550-551.

A) DES SARCOMES FIBROBLASTIQUES

FRENCH (R. W.) — End-results in a series of sixteen-cases of fibrosarcome. (Résultats éloignés dans une série de 16 cas de fibrosarcome). New England Journ. of medicine, 1932, Boston, 206, p. 393-395.

MEYERDING (H. W.), BRODERS (A.-C.) et HARGRAVE (R.-L.) — Clinical aspect of fibrosarcoma of the soft tissues of the extremities. (Aspects cliniques des fibrosarcomes des parties molles des membres). Surg. Gynec. Obstétr., Chicago, juin 1936, 62, p. 1010-1019.

DOUB (H.-P.) — The relation of Roentgen therapy to the treatment of fibrosarcoma. (Les relations de la radiothérapie avec le traitement des fibrosarcomes). Radiology, Nouvelle-Orléans, janv. 1938, 30, n° 1, p. 122-131.

GATE (J.), RICARD (A.), CUILLERET (P.) et MOREAU (P.). — Un cas de fibrosarcome de la peau. (Réun. dermat. Lyon, 17 déc. 1937,) Bulletin Soc. Fr. Dermat. et Syphiligr., Paris, mars 1938, n° 3, p. 162-165.

LOYER. — Tumeur des parties molles de la cuisse, traitée avec succès par la radiothérapie. Mém. Acad. Chir., Paris, 16 mars 1938, 64, n° 10, p. 446-448 X

B) DES SARCOMES LYMPHOIDES ET MYELOIDES

SABRAZES (J.) et PRADE (J.) — Le lymphosarcome. Observations cliniques et anatomopathologiques. Histogénèse. Arch. Electr. méd Bordeaux, déc. 1926, 34, n° 522, p 465-490.

BEGOUIN. — Radiothérapie et sarcome. (Soc. Méd. et Chirurg. Bordeaux, 21 Décembre 1928). Journ. Méd. Bordeaux, janv. 1929, 106, n° 2, p. 54.

LACASSAGNE (A.) — Les indications de la radiothérapie des sarcomes. Radiophysiologie et Radiothérapie. (Arch. Inst. du Radium), 1930, 2, n° 2, p. 247-272.

PHEMISTER (D.-B.) — Undifferentoated round-cell sarcomas. (Sarcomes à cellules rondes non différenciées). Intern. Contributions to the study of cancer in honor of James Ewing, Ann. of Surg. Philadelphie, janvier 1931, 23, n° spécial, p. 125-131.

PAUTRIER (L.-M.) et WORINGER (Fr.) — Lymphosarcome du dos avec volumineuse métastase axillaire. (Réunion dermatol. de Strasbourg, 12 juil. 1931). Bull. Soc. Franç. Dermat. et Syphil., Paris, nov. 1931, n° 8, p. 1252-1255.

TOBECK (A.) — Die histologische Rückbildung der Lymphoepithéliome nach Roentgenbestrahlung. Ein Beitrag zur Frage, ob die Sonderstellung der Lymphoepitheliome berechtigt ist ? (La régression histologique des lymphoépithéliomes après roentgenthérapie. Une contribution à la question : « Est-il justifié de classer les lymphoépithéliomes à part ? »). Zeitschr. für Hals, etc..., Berlin, 1931, 30, n° 2, p. 182-196.

HOFFMANN (C.) — Der lymphoépithéliale Tumor. (Les tumeurs lympho-épithéliales). Strahlenthérapie, Berlin, 7 déc. 1932, 45, n° 4 p. 601-604.

CHOLNOKY (Tibor de) — Round-cell, spindle-cell, and neurogenic Sarcomas of the lip. (Sarcome à cellules rondes, à cellules fusiformes, et sarcome neurogénique de la lèvre) Am. Journ. of cancer, New-York, nov. 1934, 23, n° 3, p. 548-554.

RAFNSCH (W). — Ueber die Anzezigestellung der Strahlenbehandlung der Sarkome und Knochengeschwülste. (Sur les indications de la radiothérapie des sarcomes et des tumeurs des os). Strahlentherapie, Berlin, 16 juin 1934, 50, n° 2, p. 278-289.

CUTLER (M.) — Lymphosarcoma : aclinical, pathologic and radiotherapeutic study, with a report of 30 cases. (Lymphosarcome : étude clinique, anatomopathologique et radiothérapique. 30 cas). Arch. Surg., Chicago, mars 1935, 30, n° 3, p. 405-441.

ROSENFELD (A.-S.) et STRAMMFJORD (J.-V.) — Lymphoblastoma cutis : Report of a case with autopsy. (Lymphoblastome cutané : Rapport d'un cas avec autopsie). Arch. of int. Medicine, Cyicago, avril 1936, 57, n° 4, p. 758-772.

BAUMANN-SCHENKER (R.) — Ueber das lymphoepitheliome Karzinom. Zürcher Erfahrung aus den Jahren 1928-1935. (Sur le lymphoépithéliome. Observations faites à Zurich entre 1928 et 1935). Strahlenthérapie, Berlin, 21 mars 1936, 55, n° 3, p. 369-386.

GRANDUCHEAU (R.) — Ueber die Roentgenbehandlung der lymphoblastischen Sarkom. (Sur la roentgenthérapie des sarcomes lymphoblastiques). Strahlenthérapie, Berlin, 18 juil 1936, 56, n° 3, p. 407-412.

DESJARDINS (A.-U.), **HABEIN** (H.-C.) et **WATKINS** (Ch.-H.) — Unusual complications of lymphoblastoma and their radiation treatment. (Complications inhabituelles des lymphoblastomes et leur traitement par les radiations). Am. Journ. Roentg. Springfield, août 1936, 35, n° 2, p. 169-179.

JACOX (H.-W.), **PEIRCE** (C.-B.) et **HILDRETH** (R.-C.) — Roentgenologic considérations of lymphoblastoma. II. Roentgentherapy of Hodgkins's disease (Considérations roentgénelogiques sur le lymphoblastome. II. La roentgenthérapie de la maladie de Hodgkin). Am Journ. Roentgen., Springfield, août 1936, 36, n° 2, p. 165-168. **X**

HARVEY (W.-F.), **DAWSON** (E.-K.) et **INNES** (R.-M.) — Lymphoépithélioma (Lymphoépithéliome). Edinburgh med. Journ, août 1937, 44, n° 8, p. 549-555.

CASEY (A.-E.) — The prognostic value of the mitosis count in biopsies of lymphosarcoma. (Valeur des pronostics basés sur la numération des mitoses dans les biopsies de lymphosarcome). Am. Journ. Cancer, New-York, janv. 1937, 29, n° 1, p. 47-56.

FLARER (F.) — Sopra un caso di linfocitoma cutaneo primitivo atipico. (Sur un cas de lymphocytome cutané primitif atypique). Boll. Sez. Region. Soc. It. Derm. et Syphil. Milan, 1936, n° 1, p. 72-73.

FAVENTO (P. d^e^) — Caso di sarcome su lupus. (Cas de sarcome sur lupus). Boll. Sez. Region. Soc. It. Derm. e Sifil., Milan, 1936, n° 3, p. 216.

DEBRE (R.), **ROEDERER** et **JAMET** (Melle M.-L.) — Un cas de lymphoblastome. Bull. Soc. Péd. Paris, Juill. 1938, n° 7, p. 463.

LOUBANE (I.) — Rentguénotérapia limphoépitélialnykh opoukholei. (Rcentgenthérapie des tumeurs lymphoépithéliales). Tésissy dokladov na pervome siezdé oncologov Oukraïny, Kiev, mai 1938, p. 182-183.

FINE (A.) et **BROWN** (S.) — Calcified scrotal tumor. (Tumeur calcifiée du scrotum). Radiology, Nouvelle-Orléans, janv. 1939, 32, p. 92-93.

C) DES SARCOMES RETICULAIRES

GIANOTTI (M.) — Reticolomi e reticoloendotelliomi. (Réticulome et réticulo-endothéliome). II Cancro, Turin, avril-juin 1933, 4, n° 2, p. 113-139.

ZALKA (E. von). — Ueber Lymphoepitheliom und Reticulumsarkom Sur le lymphoépithéliome et le réticulosarcome). Zeitschr. f. Krebsforsch., Berlin, 22 sept. 1934, 41, n° 2 p. 139-147.

BAUMANN - SCHENKER (R.) — Ueber das Rundzellensarkom. Retothelsarkom. Rundzellensarkom, im engeren Sine. Zürcher Erfahrungen aus den Jahren 1919-1934. (Sur le sarcome à cellules rondes. Lymphosarcome. Réticulosarcome. Sarcome à cellules rondes proprement dit. Recherches faites à Zurich, pendant les années 1919-1934). Strahlenthérapie, Berlin, 17 oct. 1934, 51, n° 2, p. 201-236.

SOEKARJO. — Cystadenoma papilliferum glandulae thyroidae und Retothelsarkom der linken Halsseite (Cystadénome papillaire de la thyroïde et sarcome réticuloendothélial de la partie gauche du cou). Zentr. f. Chir., Leipzig, 3 Août 1935, 62, n° 31, p. 1828.

LENORMANT (Ch.) et **MOULONGUET** (P.) — Sur un cas de réticulo-endothéliome de la région fessière. Ann. Anat. path. et Anat. méd.-chir., Paris, avril 1935, 12, n° 4, p. 425-428

EIGLER (G.) et **KOCH** (J.) — Die Rethotelsarkome. Morphologie, Klinik und Strahlensensibilitaet. (Les réticulosarcomes. Morphologie, clinique et radiosensibilité). Arch. für Ohren-Nasen u. Kehlkopfh., Berlin, 10 janvier 1036, 140, rasc. 4, p. 278-308.

BECK (J.) — Zur Pathologie und Therapie der lymphoepithelialen Tumoren und Retotthelsarcome (Sur la pathologie et le traitement des tumeurs lymphoépithéliales et les réticulosarcomes.) Hals- Nasen u. O. arzt., Leipzig, fév. 1937, 28, n° 1, p. 9-18.

EDLING (L.) — Contribution to the pathology and clinical picture of reticulum-cell sarcoma. (Contribution à l'aspect anatomo-pathologique et clinique du sarcome réticulo-cellulaire). Radiology, Nouvelle-Orléans(janv. 1938, 30, n° 1, p. 19-34.

D) DES SARCOMES HISTIOCYTAIRES

WORINGER (F.) et **KVIATKOWSKI**. — L'Histiocytome de la peau. Ann. Dermatol. et Syphiligr., Paris 1932, 3, p. 998-1010.

WORINGER (Fr.), **ZORN** (R.) et **LABOURGADE** (A.) — Un cas de sarcome du pouce. (Réunion dermatol. de Strasbourg, 12 mai 1935). Bull. Soc. Franç. Dermatol. et Syphiligr. Paris, uin 1935, n° 6, p. 832-835.

GOUGEROT (H.) et **DREYFYS** (B.) — Histiocytome malin, ulcéro-végétant ; posttraumatique ; le traumatisme ayant fait dégénérer un « fibrome » ancien. Bull Soc. Franç. Dermat. et Syphil. Paris, juill. 1937, n° 7, p. 1699-1703.

E) DES SARCOMES INCLASSABLES

ANTUNES (Altino). — Sur un cas de sarcome cutané idiopathique Bull. Assoc. franç. pour l'étude du cancer, Paris nov. 1028, 17, n° 1028, 17, n° 8, p. 633-638.

FIGUERAS (W.) — Relato de un caso de sarcoma puro del seno a celulas mixtas. (Relation d'un cas de sarcome pur du sein à cellules mixtes). Bol. Liga contra el cancer. La Havane, nov. 1935, 10, n° 11, p. 339-344.

BELLER (A.) — Lupussarkom. (Sarcome lupique). Strahlentherapie, Berlin, 13 Oct. 1937, 60, n° 2, p. 210-213.

IV) DES TUMEURS DE TYPE SPECIAL

A) DES MELANOMES MALINS

RAVAUT (P.) et FERRAND (M.) — Le traitement des naevocarcinomes par la diathermo-coagulation. - Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir., Paris 12 Février, 53, p. 150.

HOLFELDER (H.) — Welche Behandlung bietet die beste Heilungsaussicht beim Melanosarkom ? (Quel est le traitement qui offre les meilleures chances de guérison dans les mélanosarcomes ?). Roentgenpraxis, Leipzig(Mars 1929, 1 ,p. 19-27.

FOERSTER (H.-R.) — The treatment of cutaneous malignancies. (Le traitement des cancers cutanés). Wisconsin Med. Journ., Juill. 1930, 29, p. 361. (Analyse de Radiology.)

McEUEN (H.-B.). — Report of six cases of malignant melanoma treated with X-radiation, with two ceses cured for over five years. (Rapport de six cas de mélanomes malins traités par les rayons X, avec deux cas guéris depuis plus de cinq ans.) Radiology, Chicago, Juin 1930, 14, n° 6, p. 587-590.

EWING (J.) — The problems of melanoma (Problèmes sur les mélanomes). Brit med. Journ., Londres, 22 nov. 1930, n° 3646, p. 852-856.

LOUSTE, CAILLOU et BOUDIN. — Naevo-carcinome généralisé à la suite d'une intervention chirurgicale. - Bull. Soc. franç. Dermat. et Syphiligr., Paris, févr. 1930, n° 2, p. 249-252.

JAFFE (R.-H.) — Malignant tumors of the nail bed. (Tumeurs malignes de la matrice de l'ongle). Surg. Gyn. and Obst., Chicago, 1930, 50, p. 847.

EVANS (W.-A.) et LEUCUTIA (T.) — The treatment of melanotic tumors of the skin : pigmented moles and malignant melanomas. (Le traitement des tumeurs mélaniques de la peau : môles pigmentés et mélanomes malins.) Am. Journ. Roentgen. Sprinfield, août 1931, 26, n° 2, p. 236-259.

MATRAS (A.) — Ein Betrag zur Klinik und therapie der Melanome des Fusses. (Contributions à la clinique et à la thérapeutique du mélanome du pied) Wien. Klin. Wschr., 19 août 1932, 45, n° 34, p. 1038-1040.

HALKIN. — Les épithéliomas cutanés développés sur naevi pigmentaires. - Bull. acad. Roy. Méd. de Belgique, Bruxelles, 16 juill. 1932, 12, n° 7, p. 447-457.

diotherapeutischen Bhandlung der Krebses (Kollumkarzinome u.

SCHINZ (H.-R.) — (Remarques complémentaires sur le traitement des tumeurs par la chirurgie et par les radiations. Carcinome du col de l'utérus et carcinome de la peau). Strahlentherapie, Berlin, 5 juil. 1933, 47, n° 3, p. 453-474.

MASSON (P). — La structure endocrinienne de certains mélanomes. (Essai d'interprétation). Bull. Acad. Méd., Paris 3 janvier 1933, 109, n° 1 ,p. 19-22.

SCHARNAGEL (I.-M.) — Treatment of melanomas of the skin and vulva at the Radiumhemmet, Stockholm. (Traitement des mélanomes malins de la peau et de la vulve au Radiumhemmet, Stockholm). Acta Radiol., Stockolm, oct. 1933, 14, n° 5, p. 473-490.

BLANC (H.) — A propos de trois cas de naevocarcinomes. - Bull. Mém. Soc. des Chirurgiens de Paris, 19 oct. 1934, 26, n° 13, p. 526-530.

HINTZE. — Behandlung und Heilung des malignen Melanoms. (Traitement et guérison du mélanome malin). Arch. Klin. Chir. Berlin, 28 oct. 1935, 183, (Kongressbericht), p. 55-60.

ROUSSY (G.), HUGUENIN (R.) et QUOC QUEYN (go). — Les tumeurs noires de la peau. Presse Médicale, Paris, 161 nov. 1935, 43, n° 92, p. 1808-1811.

JOLY. — La diathermo-coagulation est le seul traitement du naevocarcinome. Bull. Mém. Soc. Méd de Paris, 25 janv. 1936, 140, n° 2, page 70.

HALKIN (H.) — Les épithéliomas pigmentés. - Bull. Acad. Roy. de Méd. de Belgique, Bruxelles, 25 janvier 1936, I, (VI° série), n° 1, p. 17-25.

CHAOUL (H.) et GREINEDER (K.) — Die Behandlung des malignen Melanoms mit der Roentgen-Nahbestrahlung. (Traitement du mélanome malin par les rayons X à courte distance). Strahlentherapie, Berlin, 16 mai 1936, 56, n° 1, p. 40-49 (7 fig.).

COSTE (J.) — Radiothérapie des naevo-carcinomes. - Bull. Assoc. Fr. pour l'étude du cancer, Paris, Juin 1936, 25,, n° 5, p. 641-644.

SPILLMANN (L.), WATRIN (J.-L.), CREHANGE (J.-L.) et WEILLE (R.) — Naevocarcinome et diathermocoagulation. (Réunion dermat. de Nancy, 9 mai 1936)., Bull. Soc. Franç. Dermatol. et Syphiligr., Paris, Juillet 1936, n° 7, p. 1352-1354.

PERIN (L.) — De la transformation cancéreuse des naevi. Le naevocancer. Paris médical, 16 janvier 1937, 27, n° 3, p. 68-74.

BORGMANS. — Métastase mélanocarcinomateuse de la parotide évoluant comme une tumeur primitive. - Bull. Soc. belge Otol. - Rhin. - Laryngol., 1936, n° 3, p. 439-442.

DEVRON et MOMURGUES. — Guérison maintenue après trois ans d'un cas de mélanome. - Bull. Mém. Soc. Electro-Radiol. méd. de France, Paris, janv. 1938, 26, n° 245, p. 73-77.

PERIN (L.) et BLAIRE (G.) — Naevocarcinome de la joue chez un enfant de trois ans. - Bull. Soc. Fr. dermat. et Syphil. Paris, Déc. 1937, n° 9, p. 1992-1994.

CARRERA (J.-L.). — Melanoma aparecido después de una extirpacion quirurgica (Mélanome apparu après une extirpation chirurgicale) Prens. Méd. Arg. Buenos-Ayres, 30 mars 1938, 25,, n° 13, p. 661-662

STOUT (A.-P.) — The relationship of malignant amelanotic melanoma (naevocarcinoma) to extramammary Paget's disease. (Les rapports entre le mélanome amélanique (naevocarcinome) et la maladie de Paget à localisation non mammaire.) Am. J. Cancer, New-York, Juin 1938, 33, n° 2, p. 196-204.

TAILHEFER (A.) — Traitement des naevo-carcinomes par l'électrochirurgie L'orientation médicale, Paris, Mai 1938, 7, n° 5, p. 9-13.

CALDERON (H. R.) — Consideraciones anatomo-clinicas de las neoplasias melanicas. (Considérations anatomo-cliniques sur les tumeurs mélaniques). Bol. Inst. Med. Exp., Buenos-Ayres, avril 1938, 15, n° 47, p. 221-228.

B) DES SCHWANNOMES

BRANDES (W.W.) — A malignat neurinoma, (schwannoma) with épithelial elements. - Arch. of Path. t. XVI, p. 649, 1933. D'après Zbl. f. Pathol.

DESMARETS, LHERMITTE et LEROUX (R.) — Sur un cas de tumeurs des nerfs périphériques, gliomes typiques et atypiques. - Bull. du cancer, t. X, p. 100, 1921.

NESTMANN (F.) — Zur Histologie der Neurinome. - Virschows' Archiv' t CCLXV, p. 646, 1927.

CID (José-M.). — Neurofibromas y schwannomas. (Neurofibromes et schwawnnomes). Anales de Cirugia, Rosario, Juin 1935, 1, n° 1, p. 34-41.

GESCHICKTER (Ch.-F.) — Tumors of the peripheral nerves. (Tumeurs des nerfs périphériques). Am. Journ. of Cancer, New-York, oct. 1935, 25, n° 2, p. 377.410.

STOUT (A.-P.) — The malignant tumors of the peripheral nerves. (Les tumeurs malignes des nerfs périphériques.) Am. Journ. of cancer, New-York, sept. 1935, 25, n° 1, p. 1-36.

LANOSTE. — Les tumeurs isolées des nerfs périphériques. Revue de Chirurgie, Octobre 1934, n° 8, p. 608-630

MONTEIRO (A.) et FIALHO (A.) — Tumeur du nerf cubital. - Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir., 9 mars 1935, 61, n° 8, p. 330-336.

MASSON (P.) — Experimental and spontaneous schwannomas (peripheral gliomas.) I. Experimental schwannomas II. Spontaneous schwannomas (Schwannomes spontanés et expérimentaux (gliomes périphériques). I. Scwannomes expérimentaux. II. Schwannomes spontanés). Am. Journ. Pathol., Boston, 8 n° 4, n° 4, p. 367-415.

LERICHE (R.) — Désarticulation interscapulo-thoracique pour Schwannome récidivé de l'aisselle. Tumeurs multiples du nerf median (Soc. Chir. de Lyon, 8 juin 1934). Lyon Chir. janvier-février 1934, 31, n° 1, p. 105-108.

MOGGI, MONTPELLIER et FRANÇOIS. — A propos d'un cas de névrome plexiforme. Neuroschwannome fibroide. - Maroc Médical, Casablanca,, 15 mars 1933, n° 129, p. 193-197.

SCHERER (H. J.) — Structural devolepment in gliomas. (Développement structural dans les gliomes). Am. J. Cancer, New-York ,nov. 1938, 34, n° 3, p. 333-351

SMALTINO (M.) — Considerazioni sopra un caso di glioma della rétina guarito con la radioterapia. (Considérations sur un cas de glicme de la rétine guéri par la radiothérapie). Boll. d'ocul. 1936, 15, p. 551-568.

BAILEY (P.) et **HERMANN** (J.-B.) — The rôle of the cells of Schwann in the formation of tumors of the peripheral nerves. (Le rôle des cellules de Schwann dans la formation des tumeurs des nerfs périphériques). Am. J. Path., Boston, janvier 1938, 14, n° 1, p. 1-37.

ALBOT (Guy) et **JEHEL** (B.) — Sur un cas de glicme périphérique malin du nerf cubital - Bull. Ass. Franç. étude du cancer, Paris, juin 1932, 21 n° 6 p. 448-453.

MORELLI (J.-H.) — Relaciones de los nervios perifericos y proceso (Relations entre les nerfs périphériques et les processus cancéreux). Congresso médico del centenario, Montevideo, 5-12 octobre 1930, 6, p. 299-304.

REYNOLS (F.-E.) et **SLATER** (J.-K.) — Ueber die Pathologie der Glieme. (Sur l'anatomie pathologique des gliomes). Virchow Archiv. Berlin, 3 Décembre 1931, 282, n° 3, p. 772-789.

ROUSSY (G.) et **OBERLING** (Ch.) — Les tumeurs des centres nerveux et des nerfs périphériques. Atlas du cancer. (Assoc. Fr. pour l'étude du cancer). Paris, Acût 1931, Alcan, édit. n° 9-10.

ALARMATINE (H.) — Neurinome du sciatique opéré avec conservation du nerf (Soc. Chirurg. Lyon, 28 nov. 1929). Lyon Chirurg. janvier-février 1930, 27, n° 1, p. 79-81.

FEUZ (J.) — Les schwannomes, thèse Fac. Méd. de Lausanne, 1928, Presse Moderne, Paris, édit., 60 pages.

AGADJANIANTZ (K.) — Etude anatomo-clinique des nerfs périphériques. Thèse Fac. Méd. Paris, 1928, A. LEGRAND, édit., 79 pages.

ALLAINES (r. d') et **PAVIE** (P.) — Deux cas de neurinomes développés sur les nerfs du membre supérieur. (Soc. Anat. Paris, 5 juillet 1928). Ann. Anat. Path. Méd. chir., Paris, juill. 1928, 5, n° 7 p. 781-783.

CAROSSINI (G.) — Su di un raro caso di neuroma plessiforme del bicipite brachiale. (Sur un cas rare de neurome plexiforme du biceps brachial). Archiv. ital. di Chirurg., Bologne, 1929, 23, n° 2, p. 172-184.

BAILEY (P.) — Furthers remarks concerning tumors of the glioma group (Nouvelles remarques concernant les tumeurs du type gliome). Bull. of the Johns Hopkins hospital, Baltimore, juin 1927, 40, n° 6, p. 354.

CARNEGIE DICKSON (W. E.) — Oligodendrogliono of floor of third ventricule (Cligodendrogliome du plancher du troisième ventricule). Proceed. of the Royal Soc. of Medic., Londres Février 1927, 20, n° 4,, p. 393-396

Table des Matières

INTRODUCTION 13

CHAPITRE I

LES EPITHELIOMAS

A) LES EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES

a) Rappel Clinique 18
b) Rappel Histologique 19
c) Pronostic 20
d) Thérapeutique 20

I) **Epithéliomas Baso-Cellulaires au début** 20
(a) Thermocautérisation 20
(b) Cautérisation chimique 21
(c) Cryothérapie 21
(d) Electro-coagulation 21
(e) Electrolyse 22
(f) Radiothérapie 22
(g) Curiethérapie 23
(h) Exérèse chirurgicale 23
(i) Chirurgie diathermique 23

II) **Epithéliomas à la période d'état et de grandes dimensions** 23
(a) Radiothérapie 24
(b) Radiumthérapie 24
(c) Exérèse chirurgicale 25

e) Différents types 25
1) Epithélioma plan cicatriciel 25
2) Epithélioma pagétoïde superficiel 26
3) Epithélioma térébrant 26
4) Ulcus rodens 27
5) Epithélioma baso-cellulaire bourgeonnant et

kystique 28

6) Cylindrome 28

B) LES EPITHELIOMAS SPINO-CELLULAIRES

a) Rappel Clinique 30

b) Rappel Histologique 31

c) Pronostic 31

d) Thérapeutique 32

1) Tout à fait au début 32

2) A la période d'état 33

(a) Exérèse chirurgicale 33

(b) Electro-chirurgie 33

(c) Radiothérapie 34

(d) Radiumthérapie 36

3) Au stade des métastases 38

C) LES EPITHELIOMAS METATYPIQUES

a) Rappel Clinique 39

b) Rappel Histologique 39

c) Pronostic 40

d) Thérapeutique 40

D) LES EPITHELIOMAS DE TYPES SPECIAUX

1) Epithélomia calcifié de MALHERBE 40

a) Rappel Clinique 41

b) Rappel Histologique 41

c) Pronostic 41

d) Thérapeutique 41

2) Tumeurs mixtes 41

a) Rappel Clinique 41

b) Rappel Histologique 41

c) Pronostic 42

d) Thérapeutique 42

3) Epithéliomas diskératosiques 42

1°) **Cancer de BOWEN** 42
a) Rappel Clinique 43
b) Rappel Histologique 43
c) Pronostic 43
d) Thérapeutique 44
2°) **Cancer de PAGET** 44
a) Rappel Clinique 44
b) Rappel Histologique 45
c) Pronostic 45
d) Thérapeutique 46
Conclusion 47

CHAPITRE II

LES EPITHELIOMAS DES ANNEXES

A) LES EPITHELIOMAS SEBACES

a) Rappel Clinique 52
b) Rappel Histologique 52
c) Pronostic 52
d) Thérapeutique 52
(a) Electrocoagulation 52
(b) Radiothérapie 53

B) LES EPITHELIOMAS SUDORIPARES

a) Rappel Clinique 53
b) Rappel Histologique 53
c) Pronostic 54
d) Thérapeutique 54
(a) Exérèse chirurgicale 54
(b) Galvano et thermo-cautérisation 54
(c) Radiothérapie 55

C) LES EPITHELIOMAS PILAIRES

a) Rappel Clinique 55
b) Rappel Histologique 55

c) Pronostic 55
d) Thérapeutique 55

CHAPITRE III

LES SARCOMES

I) **Les faits anatomo-pathologiques** 59
1°) Sarcomes Fuso-Cellulaires 60
2°) Sarcomes Globo-Cellulaires 60
3°) Sarcomes Polymorphes 61
II) **Types histogénétiques divers** 61

A) LES SARCOMES FIBROBLASTIQUES

1) **Les Sarcomes Fibroblastiques à malignité locale** .. 62
a) Rappel Clinique 62
b) Rappel Histologique 63
c) Pronostic 63
2) Les Sarcomes Fibroblastiques proprement dits 63
a) Rappel Clinique 63
b) Rappel Histologique 63
c) Pronostic 64
d) Thérapeutique 64
(a) Chirurgie 65
(b) Chirurgie et Radiothérapie associées 65
(c) Radiothérapie 66
(d) Radiumthérapie 67

B) LES SARCOMES LYMPHOIDES ET MYELOIDES

a) Rappel Clinique 67
b) Rappel Histologique 67
c) Pronostic 68
d) Thérapeutique 69

(a) Exérèse chirurgicale 69
(b) Radiothérapie 69

C) LES SARCOMES RETICULAIRES

a) Rappel Clinique 71
b) Rappel Histologique 72
c) Pronostic 72
d) Thérapeutique 72
(a) Radiothérapie 72
(b) Radiumthérapie 73

D) LES SARCOMES HISTIOCYTAIRES

a) Rappel Clinique 74
b) Rappel Histologique 74
c) Pronostic 75
d) Thérapeutique 75
(a) Exérèse électrique 75
(b) Exérèse suivie de Rayons X ou de Radium.. 75

E) LES SARCOMES INCLASSABLES

Conclusion 77

CHAPITRE IV

LES TUMEURS DE TYPE SPECIAL

A) LES MELANOMES MALINS

a) Rappel Clinique 82
b) Rappel Histologique 83
1°) Nævus bénin 83
2° Mélanome malin 84
c) Histogénèse 85

d) Pronostic 86

e) Thérapeutique 88
1) Ce qu'il ne faut pas faire 88
2) Ce qu'il faut faire 89
(a) Electro-coagulation 90
1°) Principe 90
2°) Technique 91
3°) Soins post-opératoires 92
4°) Résultats 92
5°) Incidents, Complications éventuelles.. 93
(b) Electrolyse 94
(c) Radiothérapie et Radiumthérapie 95

Conclusion 97

B) **LES TUMEURS MALIGNES du SYSTEME NERVEUX CUTANE : LES SCHWANNOMES**

a) Rappel Clinique 99

b) Rappel Histologique 99

c) Pronostic 100

d) Thérapeutique 100

CONCLUSIONS 101

BIBLIOGRAPHIE :

I) **Des Epithéliomas** 107
A) des Epithéliomas Baso-Cellulaires 110
B) des Epithéliomas Spino-Cellulaires 114
C) des Epithéliomas Métatypiques ou Intermédiaires 115
D) des Epithéliomas de types spéciaux 116

II) **Des Epithéliomas des Annexes** 118

III) **Des Sarcomes** 119
A) des Sarcomes Fibroblastiques 120
B) des Sarcomes Lymphoïdes et Myéloïdes 120
C) des Sarcomes Réticulaires 122
D) des Sarcomes Histiocytaires 123

E) des Sarcomes Inclassables 124
IV) **Des Tumeurs de type spécial** 125
A) des Mélanomes malins 125
B) des Schwannomes 127

Vu : *Le Président de thèse :*

J. MONTPELLIER

Vu :

Le Doyen de la Faculté mixte de médecine

et de Pharmacie :

J. LEBON

Vu et Permis d'Imprimer :

Alger, le 1er Décembre 1941.

Le Recteur de l'Académie :

G. HARDY